

Imię i nazwisko pacjenta

Miejscowość, data

Adres

PESEL

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym, działając w imieniu własnym

wyrażam zgodę na

( Imię i nazwisko, PESEL osoby skierowanej do ZOL )

umieszczenie wyżej wymienionej osoby w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym BetaMed S.A. Medical Active Care z siedzibą w Chorzowie i na odpłatność za pobyt w nim zgodnie z art..18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( Dz. U. 2004r Nr 210 poz.2135 z późn. zm.) odpowiadającej kwocie 250% najniższej emerytury jednakże nie wyżej niż 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów ustawy o pomocy społecznej.

Oświadczam, że uzyskuję miesięczny dochód z następujących tytułów:

renta w wysokości -	z
emerytura w wysokości -	zł
zasiłek stały wyrównawczy w wysokości -	zł
renta socjalna w wysokości -	zł
najem / dzierżawa w wysokości -	zł

prawa autorskie i inne prawa o , których mowa w ustawie o prawie autorskim o prawach pokrewnych w wysokości -  
inne -

W załączeniu przekazuję kopie dokumentów potwierdzających wyżej wymienione okoliczności / zobowiązuję się w terminie 7 dni dostarczyć kopie dokumentów potwierdzające wyżej wymienione okoliczności \* .

### Oświadczam, że :

- zostałam/ zostałem poinformowana / poinformowany \* o utracie prawa do dodatku pielęgnacyjnego w przypadku przebywania w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym, zgodnie z art.. 75 ust. 4 z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych( Dz.U. z 2009r Nr153 poz. 1227 z późn.zm.)o brzmieniu : " *Osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje chyba, że przebywa poza placówką przez okres dłuższy niż 2 tygodnie w miesiącu*"
- nie uzyskuję innych dochodów niż wyżej wymienione, które stanowią podstawę do obliczenia opłaty za mój pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym

- zostałam / em poinformowana / y .....
- wyżej wymienione źródła dochodu nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich\*
- posiadam zadłużenie komornicze wobec tego zobowiązuję się do dopłacenia / zgodnie z ustalonym terminem ? Za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym do wysokości 70% świadczenia\*

**ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO :**

- piemnego poinformowanie Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego w Chorzowie ul. Raclawicka20a o wszelkich zaistniałych zmianach mojej sytuacji życiowej jako osoby starającej się o przyjęcie do ZOL , szczególnie o pobycie w innym zakładzie opieki zdrowotnej, ośrodku pomocy społecznej, rezygnacji umieszczenia w ZOL-u , ewentualnie prośbę o umieszczeniu w zakładzie w późniejszym terminie.
- niezwłocznego poinformowania BetaMed S.A. o zmianie ( zarówno obniżka jak i wzrost) wysokości uzyskiwanego dochodu

---

podpis osoby składającej oświadczenie

\* niepotrzebne skreślić