

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenia

data

Adres

PESEL

OŚWIADCZENIE

Działając w imieniu własnym

(Imię i nazwisko, PESEL osoby skierowanej do ZOL)

wyrażam zgodę na: przyjęcie na siebie zobowiązań wynikających z aktualnych przepisów prawa w związku z pobytem w ZOL i zobowiązuję się do dokonywania opłat za wyżywienie i zakwaterowanie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w wyżej wymienionym zakładzie.

Odpłatność za pobyt w ZOL dla dorosłych /dla dorosłych wentylowanych mechanicznie² zgodnie z art. 18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 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 tytułów³:

renta w wysokości	zł
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	zł
pobory (zarobki)	zł
inne	zł

W załączeniu przekazuję kopie dokumentów potwierdzających wyżej wymienione okoliczności/ zobowiązuję się w terminie 7 dni dostarczyć kopie dokumentów potwierdzające wyżej wymienione okoliczności³.

LEGENDA:

¹ zaznacz odpowiednie: opiekun prawny lub pełnomocnik dołącza kopię swojego uprawnienia

² zaznacz odpowiednie

³ zaznacz odpowiednie w tabeli

Oświadczam, że *:

zostałam/ -em poinformowany /-a o utracie prawa do dodatku pielęgnacyjnego w przypadku przebywania w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym zgodnie z art. 75 ust. 4 z dnia 17 grudnia 1998 o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. 2009 nr153 poz. 1227 z późn.zm.) w brzmieniu: „Osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w zakładzie opiekuńczo-lecznym 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 ZOL dla dorosłych / dorosłych wentylowanych mechanicznie **	
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 płatności za pobyt w ZOL dla dorosłych / dorosłych wentylowanych mechanicznie ** do wysokości 70% świadczenia	

Zobowiązuję się do:

pisemnego poinformowania ZOL dla dorosłych / dorosłych wentylowanych mechanicznie 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, ośrodka 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

LEGENDA:

* wpisać odpowiednio TAK lub NIE

**zaznaczyć odpowiednio

.....
podpis osoby składającej oświadczenie