

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenia

data

Adres

PESEL

OŚWIADCZENIE

Działając jako przedstawiciel prawny :

.....
(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 osoba skierowana do zakładu uzyskuje 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 wyżej wymieniona osoba *:

| | |
|---|--|
| nie uzyskuje innych dochodów niż wyżej wymienione, które stanowią podstawę do obliczenia opłaty za jej pobyt w ZOL dla dorosłych / dorosłych wentylowanych mechanicznie ** | |
| wyżej wymienione źródła dochodu nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich | |
| posiada 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 sytuacji życiowej 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 umieszczenie 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

**zaznacz odpowiednie

.....
podpis osoby składającej oświadczenie