

\_\_\_\_\_

Data

## OŚWIADCZENIE

\_\_\_\_\_

Imię i Nazwisko osoby składającej oświadczenie

\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania

\_\_\_\_\_

PESEL

Oświadczam, że akceptuję zobowiązania wynikające z obowiązujących przepisów prawa dotyczących pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, prowadzonym przez Grupa Zdrowie Sp. z o. o. z siedzibą w Płońsku i zobowiązuję się do uiszczania opłat za zakwaterowanie i wyżywienie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Odpłatność za zakwaterowanie i wyżywienie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku, o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.), odpowiada kwocie 250% najniższej emerytury, jednakże nie wyżej niż 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Oświadczam że uzyskuję miesięczne dochody z następujących tytułów:

renta	zł.
emerytura	zł.
zasiłek stały	zł.
zasiłek wyrównawczy	zł.
zasiłek pielęgnacyjny	zł.
dodatek pielęgnacyjny	zł.
świadczenie uzupełniające	zł.
renta socjalna	zł.
najem / dzierżawa	zł.
prawa autorskie lub inne prawa pochodne	zł.
pobory	zł.
inne	zł.

W załączeniu przekazuję kopie dokumentów potwierdzających moje dochody oraz zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego o każdej zmianie wysokości uzyskiwanego przeze mnie dochodu i udokumentowania tego faktu.

Oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na potrącenie opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym z świadczenia przez płatnika, w tym przez właściwy organ emerytalno-rentowy;
2. nie osiągam żadnych innych dochodów poza wskazanymi powyżej;
3. moje dochody nie są zajęte ani obciążone żadnymi roszczeniami osób trzecich a w przypadku istnienia jakiegokolwiek obciążenia moich dochodów (w tym zajęcia komorniczego) i braku możliwości uzyskania przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczny kwoty bezpośrednio od płatnika, zobowiązuję się do dopłaty za zakwaterowanie i wyżywienie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym kwoty do wysokości 70% dochodów, zgodnie z ustalonym terminem płatności, to jest do dziesiątego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielano mi świadczeń w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym;
4. dokonam pełnej opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym na rachunek bankowy Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego za czas pobytu do chwili rozpoczęcia potrącania wyżej wymienionej opłaty przez płatnika, w tym organ emerytalno-rentowy.

---

Podpis osoby składającej oświadczenie