

.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIA

Ja PESEL.....
(imię i nazwisko)

legitymujący się dowodem osobistym: seria: numer

wydany przez,

oświadczam iż:

1. Wyrażam zgodę na potrącenie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie, ze świadczenia wypłacanego przez organ rentowy albo emerytalno-rentowy
2. Opłata za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo- Lecznicznym ustalana jest zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2021r.1285): „*Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.*” Zgadzam się i akceptuję wysokość opłaty wyliczonej przez:
 - 1) Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie
 - 2) Organ rentowy albo emerytalno-rentowy.
3. Pozostałą część świadczenia po dokonaniu potrąceń z tytułu pobytu ZOL w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie proszę przekazać na moje konto osobiste, którego jestem właścicielem Nr rachunku:
4. Zobowiązuję się każdorazowo niezwłocznie informować ZOL o zmianie wysokości uzyskiwanego dochodu.
5. Zobowiązuję się do informowania ZOL o zajęciu komorniczym i jego uregulowaniu.*
6. Oświadczam, że otrzymuję/ nie otrzymuję* zasiłek pielęgnacyjny z MOPS/GOPS*.
7. Oświadczam, że pobieram/ nie pobieram* świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (500 plus dla seniora).
8. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis

*- niepotrzebne skreślić