

Zimnodół, dnia.....

.....  
/imię i nazwisko/

.....  
/adres/

.....  
/nr PESEL/

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym, działając jako przedstawiciel prawny:

..... wyrażam zgodę na

/imię i nazwisko, PESEL osoby skierowanej do ZPO /  
umieszczenie wyżej wymienionej osoby w Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym „Zacisze” z siedzibą w Zimnodole i na odpłatność za pobyt w nim 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 wyższej niż 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów ustawy o pomocy społecznej.

Oświadczam, że osoba skierowana do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego „Zacisze”, uzyskuje miesięczny dochód z następujących tytułów\*:

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,  
inne ..... zł.

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

### Oświadczam, że:

- wyżej wymienione źródła dochodu nie są zajęte ani obciążone, wyżej wymieniona osoba nie uzyskuje innych dochodów, które stanowią podstawę do obliczenia opłaty za jej pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym „Zacisze”, prawami osób trzecich\*,
- wyżej wymieniona osoba posiada zadłużenie komornicze wobec tego zobowiązuję się do dopłacenia /zgodnie z ustalonym terminem/za pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym „Zacisze” do wysokości 70% świadczenia\*.

### Zobowiązuję się do:

- pisemnego poinformowania Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego „Zacisze”, Zimnodół 51, o wszelkich zaistniałych zmianach w sytuacji życiowej osoby starającej się o przyjęcie do ZPO, szczególnie o pobycie jej w innym zakładzie opieki zdrowotnej, ośrodka pomocy społecznej, rezygnacji z umieszczenia w ZPO, ewentualnie do przedłożenia prośby o umieszczeniu w zakładzie w późniejszym terminie.
- niezwłocznego poinformowania Kierownictwa Zakładu o zmianie (zarówno obniżka jak i wzrost) wysokości uzyskiwanego dochodu.

.....  
/podpis osoby składającej oświadczenie/

\*niepotrzebne skreślić

## Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie kserokopii mojej legitymacji emeryta/rencisty w dokumentacji medycznej w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym „Zacisze”, Zimnodół 51.

.....  
/data i podpis osoby składającej oświadczenie/

\*niepotrzebne skreślić