Załącznik nr 6

………………………………

Miejscowość i data

………………..………………………………………....

imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie

…………………………………………………………..

adres zamieszkania

…………………………………………………………..

nr dowodu osobistego

…………………………………………………………………

PESEL

**OŚWIADCZENIE**

**1**. Oświadczam, że wyrażam zgodę na pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym działającym przy Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł.   
Marty Wieckiej ul. Krakowska 31.

**2.** Wyrażam zgodę na potrącenie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym działającym przy Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej przez płatnika świadczeń emerytalno-rentowych, zgodnie z odrębnymi przepisami, tj. nie więcej niż 70% wysokości miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (art. 18 w zw. z art. 33a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  (Dz.U. 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.) oraz § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia  z dnia   
25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych (Dz. U. 2022 poz. 1755 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 22 listopada 2013 r. (Dz. U. 2022. 965 z późn. zm.) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej)

W przypadku ustalenia świadczenia wypłacanego przez organ emerytalno- rentowy, na poziomie niższym niż kwota dochodu określonego powyżej, zobowiązuję się dopłacić różnicę.

3. Pozostałe 30% świadczenia proszę kierować na mój rachunek bankowy:

…………………………………………………………………………………………………….  
lub wg mojej dyspozycji przekazać na następujący rachunek bankowy/adres:

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………...

…..…………………………………………………..

Podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna

Osoba przebywająca w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczymponosi koszty wyżywienia   
zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70%   
miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.