

.....
Miejscowość i data

.....
imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie

.....
adres zamieszkania

.....
nr dowodu osobistego

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam zgodę na pobyt oraz na potrącenie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym 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.

2. Powstałe w trakcie rozliczeń nadpłaty proszę kierować na mój rachunek bankowy:

.....
(nazwa banku, nr konta)

3. Zobowiązuję się każdorazowo niezwłocznie informować Zakład Opiekuńczo-Leczniczy działający przy Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej o **zmianie wysokości uzyskiwanego dochodu, który stanowi podstawę naliczenia opłaty i obowiązuje od daty decyzji świadczeniodawcy** (np. waloryzacji emerytury/renty, przyznania dodatków czy zmianie świadczeń) oraz dostarczenie stosownych dokumentów potwierdzających w/w okoliczności (tj. Decyzji/ Zaświadczenia o waloryzacji emerytury/renty, przyznania zasiłku stałego itp.)

.....
Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego*

*w przypadku pacjenta całkowicie ubezwłasnowolnionego

Osoba przebywająca w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym ponosi 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.