

OŚWIADCZENIE.....
(pieczęć zakładu)**Ja, niżej podpisany(a)**.....
nazwisko, imię pacjenta (świadczeniobiorcy).....
nr PESEL w braku nr PESEL rodzaj i nr dowodu tożsamości.....
adres zamieszkania pacjenta (świadczeniobiorcy)**Dane przedstawiciela ustawowego /uprawnionego opiekuna**.....
nazwisko, imię.....
rodzaj i nr dowodu tożsamości.....
adres zamieszkania

Zgodnie z obowiązującymi przepisami tj.:

- a) art. 18 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) oraz
- b) § 8 Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z dnia 28 czerwca 2012 r. poz. 731)

świadczeniobiorca przebywający w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości 250% najniższej emerytury. Opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 % miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Opłatę ustala się na podstawie dokumentów stwierdzających wysokość dochodu tj w szczególności decyzji organu rentowego albo emerytalno rentowego lub decyzji o przyznaniu zasiłku stałego. Po każdorazowej zmianie wysokości dochodu opłatę ustala się ponownie. W przypadku czasowej nieobecności świadczeniobiorcy w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym tzw. „przepustka”, opłata za dni nieobecności wynosi 70% kwoty obliczonej dla dni obecności w zakładzie

I. Oświadczam, że znane mi są zasady odpłatności za pobyt w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym i zobowiązuję się /zobowiązuję się w imieniu mojego podopiecznego* do jej ponoszenia

II. Oświadczam, że nie otrzymuję dochodów / mój podopieczny nie otrzymuje dochodów * z innych źródeł od niżej wymienionych, poświadczonych załączonymi do skierowania do Zakładu dokumentami tj.:

1).....

2).....

3).....

III. Oświadczam, że wniosek o „przepustkę” zgłoszę Kierownikowi Zakładu nie później niż 3 dni przed planowaną nieobecnością pacjenta.

IV. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich / mojego podopiecznego* w zakresie niezbędnym w związku z udzieleniem świadczeń w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Łaziskach Górnych, ul. Staszica 4 prowadzonym przez Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o. o.