

OŚWIADCZENIE

Ja.....
/ imię i nazwisko pacjenta /

wyrażam zgodę na umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym i Rehabilitacyjnym w Bilczy i na odpłatność za pobyt w tym zakładzie, w wysokości 70% mojego świadczenia emerytalnego / rentowego - koszt wyżywienia i zakwaterowania (podstawa prawna Dz. U. z 1998 r . nr 166 poz.1265) oraz zgodnie z Ustawą o Pomocy Społecznej z dnia 29 listopada 1990 roku (rozdział 2, art. 35, pkt 1) z późniejszymi zmianami i zarządzeniami.

Jednocześnie zobowiązuję się wносить opłatę za pobyt do 5-go dnia każdego miesiąca, zgodnie z aktualną stawką za pobyt w Ośrodku.

Zgodnie z ustawą alimentacyjną rodzina ma obowiązek dopłaty do różnicy pomiędzy 70% świadczenia a aktualnie obowiązującą stawką za pobyt.

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dn. 25.02.1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy - tekst jedn. Dz.U. z 2012 r. poz. 788 z późn. zm.
2. Ustawa z dn. 23.04.1964 r. Kodeks cywilny - tekst jedn. Dz.U. z 2014 r. poz. 121 z późn. zm.

Miejscowość.....

Data.....

.....
/ podpis pacjenta lub opiekuna /