



SZPITAL  
POWIATOWY  
W CHRZANOWIE

.....  
Miejscowość i data

.....  
/imię i nazwisko/

.....  
/adres/

### OŚWIADCZENIE

Niniejszym,

.....  
/imię i nazwisko, PESEL osoby skierowanej do Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego/zobowiązuję się ponosić odpłatność za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym funkcjonującym w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) oraz § 8 ust.1-3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych (Dz.U. z 2012r. poz. 731) w związku z art. 9 ust.1 pkt.2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2011.112.654 ze zm.) tj. odpłatność w wysokości odpowiadającej kwocie 250% najniższej emerytury jednakże nie wyżej niż 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Oświadczam, że dochód pochodzi z następujących tytułów:

renta w wysokości..... zł,  
emerytura w wysokości .....zł,  
zasilek 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.

Ponadto oświadczam, że nie uzyskuję innych dochodów niż w/w, na które przedstawiłem/am dokumenty stwierdzające wysokość mojego dochodu, które w związku z tym stanowią podstawę do obliczenia opłaty za mój pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym.

Jednocześnie zobowiązuję się każdorazowo niezwłocznie informować o zmianie (zarówno obniżka jak i wzrost) wysokości uzyskiwanego dochodu.

.....  
/podpis osoby składającej oświadczenie/- pacjenta lub przedstawiciela ustawowego/