

## OŚWIADCZENIE

Ja ..... PESEL .....

/imię i nazwisko/

legitymujący się dowodem osobistym:

seria ..... numer ..... wydanym przez .....

.....

wyrażam zgodę na potrącenie opłaty za pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Bełżycach, ze świadczenia przyznanego przez odpowiedni organ.

.....

/numer i data wydania decyzji/

Miesięczną opłatę ustala się zgodnie z art. 18 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wysokość opłaty odpowiada 250% najniższej emerytury, ale nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoby przebywającej w zakładzie.

Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody/, na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

.....

/miejsowość i data/

.....

/podpis osoby kierowanej do zakładu  
lub jej przedstawiciela lub innej  
upoważnionej osoby/