Lubin, dnia …........................................

…............................................................

/imię i nazwisko/

 …............................................................

 /adres/

 …............................................................

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym, działając jako przedstawiciel ustawowy

….........................................................................................................................................................

/imię i nazwisko, PESEL osoby skierowanej do zakładu opiekuńczo – pielęgnacyjnego/

**wyrażam zgodę na:**

1. umieszczenie w/w osoby w oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym Cuprum-Med sp. z o.o. w Lubinie ul. Marii Skłodowskiej-Curie 70 i
2. terminowe uiszczanie odpłatności za pobyt zgodnie z art.8 ust.3 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej ( Dz.U. z 2004r. nr 64 poz.593 z późn.zm) w związku z art. 18 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz.U.2004r. nr 210 poz.2135 z późn. zm.) oraz § 8.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z dnia 28 czerwca 2012r. Poz. 731)tj. odpłatności w wysokości odpowiadającej kwocie 250% najniższej emerytury jednakże nie wyższej niż 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, na konto Cuprum-Med sp. z o.o 82114020170000470213084714 w dniu 1 każdego miesiąca z góry za dany miesiąc.

**Oświadczam, że w/w osoba skierowana do oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego, uzyskuje miesięczny dochód z następujących tytułów:**

renta w wysokości …..................................................................................................................................... zł,

emerytura w wysokości …............................................................................................................................. zł,

zasiłek 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 w/w osoba nie uzyskuje innych dochodów niż w/w, na które przedstawiłem/am dokumenty stwierdzające wysokość jej dochodu, które w związku z tym stanowią podstawę do obliczenia opłaty za jej pobyt w tutejszym oddziale. Jednocześnie zobowiązuję się każdorazowo niezwłocznie informować Cuprum-Med sp. z o.o. w Lubinie o zmianie (zarówno obniżka jak i wzrost) wysokości uzyskiwanego dochodu.

Ustalona kwota zapłaty (wypełnia kierownik placówki) ………………………………………………………………………………

Czytelny podpis (wraz z nr dowodu osobistego) osoby składającej oświadczenie

Lubin, dnia ….....................

…............................................................

/imię i nazwisko/

…............................................................

/adres/

 …............................................................

**OŚWIADCZENIE**

 Niniejszym, działając w imieniu własnym

 …..................................................................................................................................................................

/imię i nazwisko, PESEL osoby skierowanej do zakładu opiekuńczo – leczniczego/

**wyrażam zgodę na**

1. umieszczenie mnie w oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym Cuprum-Med sp. z o.o. w Lubinie ul. Marii Skłodowskiej-Curie 70 i
2. terminowe uiszczanie odpłatności za pobyt zgodnie z art.8 ust.3 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej ( Dz.U. z 2004r. nr 64 poz.593 z późn.zm) w związku z art. 18 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz.U.2004r. nr 210 poz.2135 z późn. zm.) oraz § 8.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z dnia 28 czerwca 2012r. Poz. 731) tj. odpłatności w wysokości odpowiadającej kwocie 250% najniższej emerytury jednakże nie wyższej niż 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, na konto Cuprum-Med sp. z o.o 82114020170000470213084714 w dniu 1 każdego miesiąca z góry za dany miesiąc.

**Oświadczam, że uzyskuję miesięczny dochód z następujących tytułów:**

renta w wysokości …..................................................................................................................................... zł,

emerytura w wysokości …............................................................................................................................. zł,

 zasiłek 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 tutejszym oddziale. Jednocześnie zobowiązuję się każdorazowo niezwłocznie informować Cuprum-Med sp. z o.o. w Lubinie o zmianie (zarówno obniżka jak i wzrost) wysokości uzyskiwanego dochodu.

Ustalona kwota zapłaty (wypełnia Kierownik placówki)…………………………………………………………………………….

/czytelny podpis osoby składającej oświadczenie/