

OŚWIADCZENIE
(wypełnia Opiekun)

Ja.....

zamieszkały/a.....

legitymujący/a się dowodem osobistym seria.....nr.....

wydanym przez.....

urodzony/a.....w.....PESEL.....

imiona rodziców.....

nazwisko panięskie.....

telefon kontaktowy.....komórka.....

Jako przedstawiciel ustawowy/ opiekun prawny, faktyczny, kurator / wyrażam zgodę na umieszczenie w ZOL w Będzinie począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia *

Pana/Panią

urodzony/a.....w.....PESEL.....

imiona rodziców pacjenta/teki.....

nazwisko panięskie.....

dowód osobisty seria.....nr.....wydanym przez.....

zam.....

Oraz wyrażam zgodę na:

1. Potrącanie opłat za pobyt (koszt wyżywienia i zakwaterowania wg obowiązujących stawek w ZOL) przez właściwy organ emerytalno – rentowy za świadczenia – decyzja ZUS / KRUS nr..... z dnia.....
2. Odbioru zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej itp (decyzja nr..... z dnia.....) przez w/w Zakład, tytułem pokrycia kosztów wyżywienia i zakwaterowania.
3. Oświadczam też, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich.
4. Oświadczam, iż lekarzem rodzinnym chorego jest Pan/i tel.....
5. Pielęgniarką środowiskową – rodzinną jest.....

(nazwa, adres i telefon Przychodni/Ośrodka Zdrowia)

6. **W przypadku przekroczenia skali Barthla powyżej 40 punktów** zobowiązuję się do odbioru w/w pacjenta z Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Będzinie ul. Stawowa 26 w wyznaczonym przez zakład terminie.
7. Oświadczam, że będę niezwłocznie informował/a kierownika Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego o każdej zmianie wysokości dochodu, o którym mowa w decyzji o skierowaniu do ZOL.

.....dnia.....

(miejsowość)

.....

(podpis)

*niepotrzebne skieślić