

Świnoujście, dnia r.

**Oświadczenie o przyjęciu zobowiązania do ponoszenia kosztów
wyżywienia i zakwaterowania Pacjenta w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym
ZOD FREGATA sp. z o.o.
ul. Bydgoska 14, 72-600 Świnoujście**

Działając w imieniu własnym,
Imię i nazwisko PESEL

.....
Seria i numer dowodu osobistego adres zamieszkania

Oświadczam, że przyjmuję na siebie zobowiązanie do ponoszenia kosztów wyżywienia i zakwaterowania, o których mowa w art.18 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹ (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285) w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym (dalej również: Zakład), w przypadku, gdy koszty te nie będą pokrywane z mojej emerytury/renty lub z innego dochodu przeze mnie uzyskiwanego. Jednocześnie zobowiązuję się:

1) do dokonywania opłat z tytułu kosztów wyżywienia i zakwaterowania, o których mowa powyżej, do **5-go** dnia każdego miesiąca w kasie Zakładu lub na rachunek bankowy Zakładu: **03 1240 3927 1111 0010 6516 3040;**

2) do niezwłocznego informowania o każdorazowej zmianie wysokości mojego dochodu oraz doręczenia dokumentów stwierdzających wysokość tego dochodu, zgodnie z § 8 ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z 2012 r. poz. 731).

.....
(Imię i nazwisko)

¹ Świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej (w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285)