

.....
Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie
lub przedstawiciela ustawowego

....., dnia
miejsowość

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr PESEL

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy przy Mościckim Centrum Medycznym w Tarnowie przez płatnika świadczeń emerytalno-rentowych lub innego płatnika, zgodnie z odrębnymi przepisami, tj. nie więcej niż 70% wysokości miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej (Dz. U. 2009 Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.). W przypadku ustalenia świadczenia wypłacanego przez organ emerytalno-rentowy lub inny, na poziomie niższym niż kwota dochodu określonego powyżej, zobowiązuję się dopłacić różnicę.

Pozostała kwota tj. 30% będzie przekazywana przekazem pocztowym na adres Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy przy MCM w Tarnowie przy ul. Kwiatkowskiego 15 do odbioru przez pacjenta lub wskazany numer konta bankowego pacjenta.

Nr konta.....

.....
Podpis

Osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym 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.