

Bielsk Podlaski, dnia

.....
(imię i nazwisko Świadczeniobiorcy)

.....
.....
(adres zamieszkania)

przebywający w:
Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
17-100 Bielsk Podlaski
ul. Kleszczelowska 1

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział / Inspektorat*

W.....

.....

.....

(adres)

Oświadczenie

Na podstawie § 8 ust. 3 pkt. 1 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) **wyrażam zgodę na potrącanie comiesięcznie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, zwanego dalej SPZOZ, przez organ emerytalno-rentowy w wysokości:**zł (słownie:.....)

z wypłacanego mi świadczenia:.....

na konto SPZOZ w BGŻ BNP PARI BAS S.A. nr 22 1600 1462 1845 3474 9000 0001

.....
**Czytelny podpis i nr dowodu
osobistego świadczeniobiorcy**

Bielsk Podlaski, dnia

.....
(imię i nazwisko Świadczeniobiorcy)

.....
.....
(adres zamieszkania)

przebywający w:
Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
17-100 Bielsk Podlaski
ul. Kleszczelowska 1

Miejski / Gminny*
Ośrodek Pomocy Społecznej

W

.....
(adres)

Oświadczenie

Na podstawie § 8 ust. 3 pkt. 2 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) wyrażam zgodę na skierowanie należności wynikających z zasiłku stałego na podstawie decyzji.....
na konto SPZOZ w BGŻ BNP PARI BAS S.A. nr 22 1600 1462 1845 3474 9000 0001 jako **opłatę** za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim.

.....
**Czytelny podpis i nr dowodu
osobistego świadczeniobiorcy**

Bielsk Podlaski, dnia

.....
(imię i nazwisko Świadczeniobiorcy)

.....
.....
(adres zamieszkania / pobytu)

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y o **utracie prawa do zasiłku/dodatku* pielęgnacyjnego** w związku z przebywaniem w zakładzie opiekuńczo-leczniczym zgodnie z art. 16 ust. 5 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (tj. Dz.U. z 2017 r., poz. 1952 z późn. zm) „Zasiłek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie umieszczonej w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie”, natomiast zgodnie z art. 75 ust. 4 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tj. Dz.U. z 2017 r., poz. 1383 z późn. zm) „Osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje, chyba że przebywa poza tą placówką przez okres dłuższy niż 2 tygodnie w miesiącu.”

Zobowiązuję się do poinformowania o tym fakcie organ emerytalno-rentowy, organ wypłacający zasiłek pielęgnacyjny*.

.....
**Czytelny podpis i nr dowodu
osobistego świadczeniobiorcy**

* niepotrzebne skreślić

Bielsk Podlaski, dnia

.....
(imię i nazwisko Świadczeniobiorcy)

.....
(adres zamieszkania / pobytu)

Ustalenie opłaty za pobyt w ZOL / ponowne*

Na podstawie § 8 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)

ustalam miesięczną opłatę za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim w wysokości:
.....zł (słownie:))

od dnia

Opłata zostanie ustalona ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu świadczeniobiorcy.

Z upoważnienia Kierownika ZOL

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o konieczności uiszczenia należności za pobyt w ZOL ze świadczenia emerytalno-rentowego, zasiłku, renty socjalnej* -

.....
.....
(imię i nazwisko osoby kierowanej, adres zamieszkania
nr dokumentu stwierdzającego wysokość dochodu)

w terminie do 5 dnia danego miesiąca.

O zasadach odpłatności zostałam/em poinformowana/y i o każdorazowej zmianie dochodów zobowiązuję się niezwłocznie poinformować kierownika ZOL.

Do niniejszego oświadczenia dołączam decyzję o wysokości świadczenia (dochodu).

Oświadczam, że znana jest mi treść art. 233 kodeksu karnego o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy znajdującej zastosowanie w przedmiotowym oświadczeniu.

.....
Czytelny podpis świadczeniobiorcy

* niepotrzebne skreślić

Bielsk Podlaski, dnia

Upoważnienie

Na podstawie Zarządzenia Dyrektora SPZOZ w Bielsku Podlaskim nr 58/2017 z dnia 20.12.2017 r. upoważniam Panią zatrudnioną na stanowisku w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim do ustalania opłaty miesięcznej za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym zgodnie z § 8 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).

Upoważnienie obowiązuje w czasie zatrudnienia w SPZOZ w Bielsku Podlaskim.

Upoważnienie może być w każdym czasie odwołane.

.....
**Pieczętka i podpis kierownika
Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego**