

.....dnia.....

.....

/Imię i nazwisko świadczeniobiorcy/

.....

.....

PESEL

## OŚWIADCZENIE

Zobowiązuję się do terminowego regulowania miesięcznych odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Braniewie ustaloną przez Prezesa Zakładu, zgodnie z odrębnymi przepisami, tj. nie więcej niż 70% wysokości miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów ustawy o pomocy społecznej (Dz.U.2009 Nr 175, poz.1362 z póź.zm). W przypadku ustalenia świadczenia wypłacanego przez organ emerytalno-rentowy na poziomie niższym niż kwota dochodu określonego powyżej, zobowiązuję się doptacić różnicę.

.....

/Data i podpis osoby kierowanej do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego/

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, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

Osoby przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.