OŚWIADCZENIE dla organu wypłacającego świadczenie

Ja: ……..…...

PESEL: ……..……

Zamieszkały:…….…….

Oświadczam, że upoważniam Niepubliczny Zakład Opiekuńczo – Leczniczy „AKARI” sp. z o.o. z siedzibą w Ustrzeszy 35 do wystąpienia do właściwego organu emerytalno-rentowego o pobieranie z mojego świadczenia opłaty za pobyt w zakładzie w wysokości odpowiadającej 70% dochodu, jednak w kwocie nie przekraczającej 250% najniższej emerytury.

(zgodnie z art.18 ustawy z dn. 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Proszę o przekazywanie pozostałej części świadczenia*:

- ☐ Na adres mojego pobytu tj. Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „AKARI” sp. z o.o. z siedzibą w Ustrzeszy 35, 21-300 Radzyń Podlaski
- ☐ Na dotychczasowych zasadach tj. gotówką na adres zamieszkania / na moje konto bankowe

Ustrzesz, dn. …… …….
(miejscowość, data) *(czytelny podpis pacjenta)*

Pacjent nie jest w stanie się podpisać, w zastępstwie pacjenta podpisuje opiekun faktyczny:

Imię nazwisko: ……..…...

PESEL:……pokrewieństwo…….…….

Ustrzesz, dn. …… …….
(miejscowość, data) *(czytelny podpis opiekuna faktycznego)*

Należy dołączyć oświadczenie o statusie opiekuna faktycznego / osoby bliskiej