

.....
(Imię i nazwisko świadczeniobiorcy)

Hajnówka

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Numer świadczenia emerytalno-rentowego)

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na potrącenie/opłacenie należności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy z mojego świadczenia emerytalno – rentowego/środków własnych w nieprzekraczalnym terminie do końca bieżącego miesiąca.

O zasadach odpłatności jestem poinformowany i o każdorazowej zmianie dochodów zobowiązuję się poinformować Kierownika Zakładu. Do oświadczenia dołączam decyzję ustalającą wysokość moich dochodów/świadczenia.

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.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany o utracie prawa do zasiłku/dodatku pielęgnacyjnego w związku z przebywaniem w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy zgodnie z art. 16 ust. 5 ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2006r. Nr 139, poz. 992 z późn. zm.).

.....
(czytelny podpis świadczeniobiorcy)