

## WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUNCZO -LECZNICZEGO

### DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis świadczeniobiorcy

Dnia, .....

Imię i nazwisko pacjenta .....

Pesel ..... Tel.....

Adres / z kodem poczt./.....

Dane opiekuna / adres i telefon/ .....

.....

Numer dowodu osobistego chorego.....

Nr świadczenia emerytalnego.....

### **KIEROWNIK ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO**

Proszę o przyjęcie mnie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego na okres miesięcy ze względu na stan zdrowia oraz brak możliwości zabezpieczenia opieki lekarsko–pielęgniarskiej oraz fizykoterapii w środowisku domowym.

.....

Podpis pacjenta lub opiekuna

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na pobieranie 70% mojego dochodu za wyżywienie i zakwaterowanie w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym Rzeszów ul. Zenitowa 5 zgodnie z obowiązującymi przepisami.

**Podstawa prawna:** art. 33a Ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027, z późn. zmianami) oraz przepisy wykonawcze.

Pozostałe 30% mojego dochodu proszę przesłać na adres/konto

.....  
.....

Wyrażam zgodę na dokonywanie wpłaty na konto Zakładu Opiekuńczo – Lecznicznego Rzeszów ul. Zenitowa 5

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis pacjenta lub opiekuna

Rzeszów, dnia .....

.....  
/imię i nazwisko/

.....  
/adres/  
.....

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym, działając w imieniu własnym

..... wyrażam zgodę na:  
/imię i nazwisko, PESEL osoby skierowanej do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego/

1. Umieszczenie mnie w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym przy ul. Zenitowa 5 w Rzeszowie, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgniacyjno – opiekuńczych ( Dz.U.2012.731)
2. Oraz na odpłatność za mój pobyt zgodnie z art. 18 ust. 1 z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U.2008.164.1027 z późniejszymi zmianami), tj. odpłatność w wysokości odpowiadającej kwocie 250% najniższej emerytury, jednakże nie wyższej niż 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Oświadczam, że uzyskuje miesięczny dochód z następujących tytułów:

- renta w wysokości - .....zł,
- emerytura w wysokości - .....zł,
- zasiłek stały wyrównawczy w wysokości - .....zł,
- renta socjalna w wysokości - .....zł,
- najem/dzierżawa w wysokości - .....zł,
- prawa autorskie i inne prawa o których mowa w ustawie o prawie autorskim o prawach pokrewnych w wysokości - .....zł,
- inne - .....zł.

W załączeniu przekazuję kopie dokumentów potwierdzających w/w okoliczności / \* zobowiązuję się w terminie 7 dni dostarczyć kopie dokumentów potwierdzające w/w okoliczności.

Ponadto oświadczam, że nie uzyskuje innych dochodów niż w/w, na które przedstawiłem/am dokumenty stwierdzające wysokość jej dochodu, które w związku z tym stanowią podstawę do obliczania opłaty za mój pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym przy ul. Zenitowa 5 w Rzeszowie.

Jednocześnie zobowiązuję się każdorazowo niezwłocznie informować Kierownika ZOL o zmianie ( obniżka/wzrost ) wysokości dochodu.

.....  
data i podpis osoby składającej oświadczenie

\* niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

## OŚWIADCZENIE

Upoważniam / nie upoważniam

.....  
.....

Imię, nazwisko, adres, nr telefonu os. upoważnionej

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach  
zdrowotnych oraz do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

.....

.....

Miejscowość, data

Podpis osoby składającej oświadczenie

\* niepotrzebne skreślić

## UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany(a).....

Oświadczam , że upoważniam Pana(ia).....

Legitymującym(ą) się dowodem osobistym.....

Zam.....

Do:

- reprezentowania moich interesów prawnych oraz dotyczących mojej osoby, w tym podejmowania wszelkich decyzji administracyjnych, zdrowotnych, finansowych związanych z moim pobytam z Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicyam
- składania wszelkich oświadczeń , podpisywania dokumentów oraz do wszelkich innych czynności faktycznych i prawnych, jakie okażą się niezbędne.

Ja, niżej podpisany

- w przypadku mojej śmierci upoważniam:

1.....zam .....

PESEL.....

2. Nie upoważniam nikogo.

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a)

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Oświadczam , że jestem wyznania religijnego

.....

W przypadku nagłego poroszenia się stanu mojego zdrowia, zagrożenia życia wyrażam zgodę  
na wezwanie posługi

.....

.....

.....

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

## OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....  
imię i nazwisko osoby odbierającej

.....  
adres zamieszkania

.....  
numer dowodu osobistego

.....  
telefon kontaktowy

Niniejszym zobowiązuję się do odebrania pacjenta

.....  
.....  
imię i nazwisko pacjenta, adres, PESEL

**po zakończonym pobycie w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicyim w terminie wskazanym przez Zakład.**

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, że okres pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicyim jest pobytem terminowym, pacjent nie może przebywać w zakładzie na stałe.

.....  
data i podpis osoby odbierającej