



Imię i Nazwisko.....

Kraśnik, dnia.....

PESEL:

Adres

SPZOZ Kraśnik
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy
ul. Chopina 13
23-200 Kraśnik

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA O WYSOKOŚCI DOCHODU

Stosownie do art.18 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.) jako opiekun oświadczam, że dochodem będącym podstawą do ponoszenia odpłatności tytułem kosztów wyżywienia i zakwaterowania w Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym SPZOZ w Kraśniku mojej/go:

.....
(stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko)

jest w wysokości nettozgodnie z decyzją.....

Innych przychodów zaliczanych do dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.....nie posiada
(imię i nazwisko)

.....
/ czytelny podpis opiekuna lub opiekuna prawnego/