**7. ZGODA ŚWIADCZENIOBIORCY NA POTRĄCANIE OPŁATY   
ZA POBYT W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM**

**SP ZZOZ Szpital w Iłży**

Wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym, w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy.

……………………………………………………………

Data i podpis osoby kierowanej do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego   
lub jej przedstawiciela ustawowego

Na podstawie:

1. Art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. *w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych* (Dz. U. z dnia 28 czerwca 2012 r. poz.731).

**OŚWIADCZENIE**

1. Ja, ............................................................................................................................................................................

*Imię i nazwisko*

legitymujący(a) się dowodem osobistym seria i nr ……………………………................................................................................

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się   
o skierowanie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu   
w systemach informacyjnych SP ZZOZ Szpital w Iłży oraz płatnika. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a   
o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

1. Zobowiązuję się do poinformowania lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) o przyjęciu   
   do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego SP ZZOZ Szpital w Iłży (**załącznik nr 1 – druk dla POZ**) oraz zwrotu potwierdzenia o przekazaniu powyższej informacji (**załącznik nr 2 – druk zwrotny dla placówki ZOL**).

………………………………………………………………………..

Data i podpis osoby kierowanej do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego   
lub jej przedstawiciela ustawowego

**DANE OSOBOWE:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OSOBY DO KONTAKTU:** | | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stopień pokrewieństwa** | **Adres zamieszkania** | **Nr tel. do kontaktu** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE Z DOWODU TOŻSAMOŚCI NIEZBĘDNE DO PRZYJĘCIA PACJENTA:** | | | | |
| PESEL | Data i miejsce urodzenia | | Nazwisko rodowe | Wzrost (cm) |
|  |  | |  |  |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE STAŁYCH DOCHODÓW PACJENTA:** | | | | |
| Nr świadczenia: | | Numer oraz data wydania legitymacji (ZUS/KRUS lub GOPS/MOPS)\* | | |
|  | |  | | |
| **Nr posiadanego konta bankowego:** | | | | |

\*) Właściwe zakreślić

……………………………………………………………………………

Data i podpis osoby kierowanej do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego   
lub jej przedstawiciela ustawowego