

Załącznik nr 1 a do Procedury przyjmowania pacjentów do  
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego oraz Zakładu Pielęgnacyjno-  
Opiekuńczego, ustalania i pobierania opłat oraz  
przechowywania depozytów pacjentów.

Jastrzębie-Zdrój, dnia.....

.....  
/imię i nazwisko/

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

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym, działając w imieniu własnym

..... oświadczam, że uzyskuję miesięczny dochód

z następujących tytułów:

renta w wysokości..... zł.

emerytura w wysokości.....zł.

zasiłek w wysokości.....zł.

inne.....zł.

W załączeniu przekazuję kopie dokumentów potwierdzających w/w dochody.

Ponadto oświadczam, że nie uzyskuję innych dochodów niż w/w, które stanowią podstawę do obliczenia opłaty za pobyt w ZPO, ZOL.

Jednocześnie zobowiązuję się każdorazowo i niezwłocznie informować o zmianie (zarówno obniżka jak wzrost) wysokości uzyskanego dochodu.

.....  
/podpis osoby składającej oświadczenie/

**Umowa**  
**o ponoszeniu odpłatności przez pacjenta za wyżywienie i zakwaterowanie**  
**w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym i Zakładzie Pielęgnacyjno - Opiekuńczym,**

zawarta w dniu..... pomiędzy:

Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu - Zdroju działającym pod adresem 44-335 Jastrzębie - Zdrój ul. Jana Pawła II 7 , wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000048508, zwanym dalej Ośrodkiem, który reprezentuje ,

**Zakład Opieki Długoterminowej**

a

..... PESEL.....zamieszkałym pod adresem  
..... (osoba podpisująca oświadczenie)

..... PESEL .....zamieszkałym pod adresem  
..... zwanym dalej Pacjentem.

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2015r. poz. 581 ze zm.) Strony zawierają umowę o następującej treści :

**§ 1**

1. Od dnia ..... Szpital zobowiązuje się do zapewnienia Pacjentowi zakwaterowania i wyżywienia na czas jego pobytu w Zakładach Opieki Długoterminowej, a Pacjent do ponoszenia za to odpłatności w wysokości ustalonej przez Szpital.
2. Pacjent oświadcza, że zapoznał się z „Zasadami ustalania i ponoszenia odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym i Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym” i zobowiązuje się do ich przestrzegania.

**§ 2**

1. Pacjent zobowiązuje się do ponoszenia miesięcznej odpłatności za usługi określone w § 1 w wysokości odpowiadającej wysokości 250 % najniższej emerytury, z tym że opłata ta nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 % miesięcznego dochodu Pacjenta w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
2. Pacjent zobowiązuje się dostarczyć Szpitalowi dokumenty poświadczające wysokość uzyskiwanego dochodu w przypadku ustalania wysokości odpłatności po raz pierwszy, a także dostarczyć każdorazowo Szpitalowi dokumenty poświadczające wysokość uzyskiwanego dochodu w przypadku każdorazowej jego zmiany.
3. Pacjent, niezależnie od obowiązku określonego w ust. 2, upoważnia Szpital do występowania do instytucji/podmiotów, z których uzyskuje on dochód z wnioskiem o informację o wysokości uzyskiwanych dochodów i uwzględnienia pozyskiwanych informacji przy ustalaniu odpłatności.
4. Ustalona opłata ulega zmniejszeniu w przypadku zmniejszenia się dochodów Pacjenta, od miesiąca, w którym Szpital otrzymał informację o ich zmniejszeniu. Opłata ta ulega również zmniejszeniu o liczbę dni nieobecności Pacjenta w Zakładach Opieki Długoterminowej w danym miesiącu pod warunkiem

pisemnego poinformowania przez Pacjenta o nieobecności, co najmniej na 3 dni wcześniej, chyba że powiadomienie nie było możliwe z przyczyn losowych lub zdrowotnych.

5. W przypadku uzasadnionego podejrzenia zaniechania podania nowej, zwiększonej wysokości dochodu, o której mowa w ust. 2, po uprzednim wezwaniu Pacjenta do złożenia wymaganych dokumentów, Szpital może ustalić zaliczkowo opłatę w wysokości 250 % najniższej emerytury. Tak ustalona opłata podlega rozliczeniu po przedłożeniu przez Pacjenta dokumentów stwierdzających aktualny jego dochód. Rozliczenie opłat polegać będzie na zaliczeniu ewentualnej nadpłaty na poczet przyszłych należności albo na pisemne żądanie Pacjenta na zwrocie pobranej nadpłaconej kwoty.

### § 3

1. Pacjent zobowiązuje się uiszczać opłatę w terminie do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego odpłatność dotyczy.
2. Pacjent upoważnia Szpital do dokonywania potrąceń z tych środków należnych opłat za zakwaterowanie i wyżywienie ustalone zgodnie z niniejszą umową.
3. Pacjent wyraża zgodę na :
  - 1) wystawianie bez jego podpisu dowodu sprzedaży określonych w § 1 usług,
  - 2) pozostawianie ze skutkiem doręczenia w jego aktach osobowych wystawionego dowodu sprzedaży i jego egzemplarza podpisanej umowy,
4. W przypadku naruszenia przez Pacjenta obowiązków określonych w ust. 1, w wyniku czego powstała zaległość płatnicza, Pacjent wyraża zgodę na jej pokrycie wraz z odsetkami.
5. W razie powstania zaległości za większą ilość okresów płatniczych nie dających się pokryć z jego środków depozytowych, bieżące wpłaty zalicza się na zaległość płatniczą powstałą najwcześniej, chyba że Pacjent zastrzeże odmienną kolejność.

### § 4

1. Niniejszą umowę zawarto na czas określony równy okresowi pobytu Pacjenta w Zakładach Opieki Długoterminowej Szpitala z zastrzeżeniem możliwości jej wcześniejszego rozwiązania bez konieczności składania odrębnych oświadczeń woli z chwilą uprawomocnienia się postanowienia Sądu Okręgowego o ubezwłasnowolnieniu całkowitym/częściowym Pacjenta.
2. Strony ustalają, że okresowe nieobecności Pacjenta w Zakładach Opieki Długoterminowej w szczególności za które odpłatność zostaje pomniejszona albo niepobrana, nie wpływają na ważność umowy.

### § 5

W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

### § 6

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają pod rygorem nieważności zachowania formy pisemnej.

### § 7

Sądem właściwym do rozstrzygania ewentualnych sporów wynikających z niniejszej umowy jest sąd miejscowo właściwy dla siedziby Szpitala

### § 8

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Pacjent :**

**Szpital**

## Oświadczenie

Ja..... nr PESEL .....

oświadczam, że upoważniam Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 2 w Jastrzębiu - Zdroju działającym pod adresem 44-335 Jastrzębie - Zdrój ul. Jana Pawła II 7, do występowania do podmiotów/instytucji, z których uzyskuję dochód w celu uzyskania informacji o jego wysokości dla ustalenia odpłatności za moje wyżywienie i zakwaterowanie w Zakładach Opieki Długoterminowej na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2015r. poz. 581 ze zm.).

Data i czytelny podpis: .....

Załącznik nr 4 a do Procedury przyjmowania pacjentów do  
Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego oraz Zakładu Pielęgnacyjno-  
Opiekuńczego, ustalania i pobierania opłat oraz  
przechowywania depozytów pacjentów.

## Oświadczenie

Ja..... nr PESEL .....  
oświadczam, że Szpital nie ponosi odpowiedzialności za środki finansowe będące w mojej dyspozycji.

Data i czytelny podpis: .....