

Miechów, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....

.....
Adres zamieszkania

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

PESEL

WNIOSK

Ze względu na sytuację zdrowotną proszę o przyjęcie mnie do **Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Miechowie**.

Równocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie, zgodnie z obowiązującymi przepisami:

- art.18 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2020.1398 t.j. z dnia 2020.08.14)

Art. 18. [Świadczenia w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacji leczniczej]

1. Świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się 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.

Opłatę z należnego mi świadczenia należy przekazać na rachunek bankowy Szpitala św. Anny w Miechowie.

.....

Podpis

Do wniosku załączam następujące badania i zaświadczenia:

- Morfologia, OB, glukoza, mocznik (badanie ogólne)
- Antygen Hbs, HCV, WR
- EKG
- RTG klatki piersiowej
- Karta informacyjna z leczenia szpitalnego
- Decyzja o przyznaniu renty lub emerytury
- Odcinek renty lub emerytury