

....., dnia.....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

### OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/podpisany\* oświadczam, iż:

1. zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Gryfinie o wszelkich zaistniałych zmianach w sytuacji życiowej osoby starającej się o skierowanie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Gryfinie, szczególnie o pobycie w innym zakładzie opieki zdrowotnej, ośrodka pomocy społecznej, rezygnacji z umieszczenia w ZOL-u, ewentualnie prośbie o umieszczeniu w zakładzie w terminie późniejszy, czy też zgonie.
2. zostałam/zostałem\* poinformowana/poinformowany\* o utracie prawa do dodatku pielęgnacyjnego w związku z przebywaniem w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym zgodnie z art.75 ust. 4 z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych(t.j. Dz. U. z 2004r. Nr 162, poz. 1118 z późniejszymi zmianami). „Osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dodatek nie przysługuje(...)”  
**Zobowiązuję się do poinformowania o tym fakcie organ emerytalno-rentowy.**
3. Zobowiązuję się do dołączenia do wniosku aktualnej waloryzacji renty lub emerytury oraz kserokopii dowodu osobistego pacjentki/pacjenta\*

.....  
(podpis osoby wnioskującej)

\* niepotrzebne skreślić