

.....
.....
.....
.....

.....
/miejsowość, data/

(imię i nazwisko, adres)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(-a)
legitymujący(-a) się dowodem osobistym serii..... nr.....
oświadczam, że wyrażam zgodę na ponoszenie miesięcznych
opłat za pobyt w zakładzie pielęgnacyjno - opiekuńczym,
w wysokości 250 % najniższej emerytury, jednak nie więcej
niż 70 % mojego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów
o pomocy społecznej.

Podstawa prawna:
Dziennik Ustaw z 2004r Nr 210 pozycja 2135.

.....
podpis