Załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego

Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, działającego przy Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy.

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO/FAKTYCZNEGOI ŚWIADCZENIOBIORCY SKIEROWANEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM, DZIAŁAJĄCYM PRZY ZESPOLE OPIEKI ZDROWOTNEJ W NIDZICY.

Ja niżej podpisana (podpisany) oświadczam, że jestem osobą opiekującą się

……………………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko, PESEL),

będącym (będącej) świadczeniobiorcą Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego ZOZ w Nidzicy. W związku z tym:

1. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się jako opiekun prawny/opiekun faktyczny z zasadami przyjęcia, funkcjonowania, pobytu i odpłatności za pobyt oraz warunkami wypisu - określonymi w Regulaminie organizacyjnym ZOL oraz, że je akceptuję.

2 Zobowiązuję się do zapłaty należności za pobyt ww. świadczeniobiorcy w Zakładzie OpiekuńczoLeczniczym w Nidzicw zgodnie z terminem zapłaty wskazanym na fakturze wystawionej przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Nidzicy. Zobowiązuję się także do pokrycia wszelkich zaległości wynikających z braku tych wpłat, a w szczególności zobowiązuję się do pokrycia z własnych środków różnicy pomiędzy wysokością naliczonej opłaty za pobyt w ZOL, a wysokością dochodu ustalonego na podstawie tego świadczenia,tj. w sytuacji kiedy świadczenie wypłacone przez ten organ jest niższe od naliczonej opłaty oraz kiedy świadczenie to nie mogło być wypłacone na pokrycie tej opłaty za pobyt w ZOL, a świadczeniobiorca korzystał z pobytu w ZOL. Jednocześnie zostałem poinformowany, że w przypadku nieuregulowania należności w terminie nastąpi skreślenie ww. z listy świadczeniobiorców ZOL i odesłanie go do miejsca zamieszkania, bądź ostatniego pobytu, a także dochodzenia zapłaty na drodze postępowania sądowego. Informuję jednocześnie, że mój rachunek bankowy posiada następujący numer:

……………………………………………………………………………………………………..

1. Zobowiązuję się do terminowego odbioru ww. świadczeniobiorcy po zakończonym pobycie w tym Zakładzie. W przypadku nieodebrania w wyznaczonym terminie zobowiązuję się ponieść koszty jego (jej) pobytu począwszy od dnia następnego po wyznaczonym terminie wypisu według cennika obowiązującego w Zakładzie. Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany o tym, że okres pobytu ww. świadczeniobiorcy w ZOL jest uzależniony od uzyskanej ilości punktów w ocenie wg SKALI BARTHEL oraz o tym, że jeżeli punktacja przekroczy 40 punktów jego pobyt przestaje być współfinansowany przez Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie i zostanie on wypisany z ZOL.
2. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów usunięcia szkód w mieniu ZOL, powstałych z mojej winy, jak również z winy osoby będącej pod moją opieką, w trakcie odwiedzin ww. świadczeniobiorcy.
3. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych, dotyczących mojej osoby, w tym numeru PESEL, numeru dokumentu tożsamości w przypadku braku numeru PESEL, danych kontaktowych, danych niezbędnych do zawarcia umowy, danych dotyczących pokrewieństwa przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy, będącym Administratorem Danych Osobowych. 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. Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej Administratora (https://zoz.nidzica.pl/category/rodo/), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.
4. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a, że Zakład Opiekuńczo-Leczniczy nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy osobiste ww. świadczeniobiorcy, jego rzeczy wartościowe (środki finansowe, biżuterię) nie zdeponowane w magazynie depozytowym,
5. Oświadczam, że zostałem/zostałam zaszczepiony/a przeciwko chorobom zakaźnym, w tym będących źródłem epidemii, bądź pandemii.

Dane osoby składającej oświadczenie:

1. Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………….
2. Imię ojca: ………………………………………………………………………………….
3. PESEL:…………………………………………………………………………………….
4. Adres zamieszkania:………………………………………………………………………….
5. Seria i numer dowodu osobistego:…………………………………………………………….

……………………………………………….. …………………………………………

Data i podpis osoby składającej oświadczenie: Podpis osoby przyjmującej oświadczenie:

(imię i nazwisko, zajmowane stanowisko)

1 Niepotrzebne skreślić.