

**Załącznik nr 6**

**WNIOSEK O USTALENIE ODPLATNOŚCI**

**NR ..... Z DNIA .....**

Na podstawie §1 ust. 1 i 3 i §8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładu Opiekuńczo – Leczniczego i Pielęgnacyjno – Opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. z 28 czerwca 2012 r. poz 731) na podstawie złożonych przez Pana/Panią ..... dokumentów,

Dyrektor Szpitala Psychiatrycznego SP ZOZ w Węgorzewie ustala wysokość miesięcznej opłaty za pobyt w zakładzie na kwotę ..... na okres 1 roku od daty przyjęcia do zakładu, z zastrzeżeniem zmiany opłaty po każdorazowej zmianie wysokości Pana/Pani dochodu.

**UZASADNIENIE**

W dniu ..... Pan /Pani złożył/a wniosek o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Psychiatrycznego w Rudziszkach do Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie Pan/Pani. ....

Do wniosku dołączono wszystkie wymagane dokumenty:

- wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie
- dokument stwierdzający o wysokości dochodów
- skierowanie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego

Ustalono, że dochód Pana/Pani stanowi ..... w wysokości ..... i na tej podstawie została orzeczona opłata za pobyt z Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami miesięczna opłata za pobyt w zakładzie opiekuńczo – leczniczym, dla osoby dorosłej wynosi 25% najniższej emerytury lub renty i nie może przekraczać 70% dochodów osoby przebywającej w zakładzie, co w Pana-Pani przypadku wznosi: .....

Wysokość odpłatności będzie aktualizowana w zależności od zmian kwoty uzyskanego przez Pana/Panią dochodu lub zmiany przepisów dotyczących opłat z Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym.

.....  
Data i miejsce

.....  
Podpis Świadczeniodawcy

.....  
Podpis Świadczeniobiorcy