O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany/a…… wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej w wysokości 70% mojego miesięcznego dochodu i potrącenie jej z mojej emerytury, renty, zasiłku stałego, zasiłku pielęgnacyjnego, dodatku pielęgnacyjnego lub innego, który pobieram oraz renty socjalnej zgodnie z art. 61 ust. 2 pkt.1 oraz ust. 1 pkt. 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej /Dz. U. z 2020r poz.1876 z późn. zm./

…… data i miejscowość

…… podpis osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

** (niepotrzebne skreślić)*