

## IZJAVA O PLAČILU OSKRBNIH STROŠKOV

Spodaj podpisan/a....., stanujoč/a  
....., roj.....,  
EMŠO....., številka osebne dokumenta ....., izdanega  
v ....., davčna številka.....,

### **i z j a v l j a m,**

da bom plačnik/do-plačnik oskrbnih stroškov za .....,  
roj....., v ....., s stalnim  
bivališčem....., ki se nahaja v oskrbi  
tukajšnjega Doma od.....dalje.

Obvezujem se, da bom svoje obveznosti poravnal/a do vsakega 10. dne v mesecu za pretekli mesec. Seznanjen/a sem, da mi bo Dom v primeru zamude plačila oskrbnine zaračunal zamudne obresti v zakonsko določeni višini. V primeru neplačila bo Dom znesek izterjal v skladu z veljavno zakonodajo.

Podpisani/a se obvezujem, da bom spremembe podatkov, ki so navedeni v tej izjavi, nemudoma sporočil/a v socialno službo Doma. Strinjam se, da v primeru neizpolnjevanja te obveznosti, Dom sam poizveduje o podatkih, ki so navedeni v tej izjavi.

To izjavo podajam in podpisujem prostovoljno in se zavedam svojih obveznosti in morebitnih posledic.

V Ljubljani, dne .....

Podpis delavca DSO:

Izjavo podal/a: