

IZJAVA O PLAČILU OSKRBNIH STROŠKOV

Spodaj podpisan/a....., stanujoč/a
....., roj.....,
EMŠO....., številka osebnega 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 podpis te izjave pomeni tudi obveznost plačila spremembe vrste, trajanja in obsega storitev (spremenjena kategorija oskrbe, spremenjen bivalni standard), od dneva nastanka spremembe. 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

Izjavo podal/a:

Podpis zaposlenega DSO: