OŚWIADCZENIE O BRAKU WYŁĄCZENIA Z MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA Z USŁUG DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ ORAZ OŚWIADCZENIE O POSIADANIU PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Ja

(Imię i nazwisko)

---

deklaruję chęć korzystania z usług Dziennego Domu Opieki Medycznej w Brodnicy – i tym samym składam następujące oświadczenia:

1) oświadczam, iż nie jestem wyłączony z możliwości otrzymania wsparcia w DDOM, tj. nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych, a także podstawowym wskazaniem do objęcia mnie opieką w ramach DDOM nie jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienia,

2) oświadczam, iż posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

Data	Podpis

Fundusze Europejskie Program Regionalny
Rzeczpospolita Polska
Województwo Kujawsko-Pomorskie
Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Projekt „Centrum Koordynacji Opieki Medycznej na obszarze subregionu grudziądzko-brodnickiego” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.