

.....
Imię i nazwisko zobowiązanego do alimentacji* – stopień pokrewieństwa

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Zobowiązanie

W związku ze skierowaniem na leczenie do zakładu opiekuńczo – leczniczego:

..... **mojego/mojej**
Imię i nazwisko pacjenta stopień pokrewieństwa
i ciążącym na mnie jako krewnym w/w osoby obowiązku alimentacyjnym zobowiązuję się,
w przypadku przekazania przez pacjenta (lub właściwy organ) kwoty niższej niż ustalona odpłatność
za pobyt w zakładzie, do uiszczenia różnicy między kwotą ustaloną odpłatności a kwotami
przekazanymi do Zespołu, jednak w kwocie nie większej niż 70% mojego dochodu.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis zobowiązanego

* zgodnie z art. 128 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 1964 r. nr 9, poz. 59, z późn. zm.), obowiązek alimentacyjny obciąża małżonka (mąż, żona), krewnych w linii prostej (dzieci, wnuki, rodzice, dziadkowie) oraz rodzeństwo (bracia, siostry)