

Oświadczenie o zapewnianiu mieszkania i żywienia

Nazwisko pacjenta: (drukowanymi literami)

Osoba wymieniona powyżej poinformowała nas, że Pan/Pani zapewnia jej wsparcie w znaczącym stopniu lub udziela jej całkowitego wsparcia.

Rodzaj wsparcia oferowanego przeze mnie/nas: (podać wszystkie stosowne odpowiedzi)

_____ Mieszkanie i żywienie, od (data) _____

_____ Gotówka w kwocie _____ \$

co tydzień _____, co 2 tygodnie _____, co miesiąc _____

_____ Inne (wymienić) _____

Ja/my, _____ (wpisać drukowanymi literami) udzielam/y osobie wymienionej powyżej istotnego/pełnego wsparcia i zgodnie z moją/naszą wiedzą oświadczam/oświadczamy, że osoba ta nie korzysta z innych podstawowych źródeł wsparcia. Ja/my będziemy nadal zapewniać tej osobie mieszkanie i żywienie, nie będziemy jednak pokrywać kosztów jej wydatków ponoszonych na leczenie.

Podpis 1

Podpis 2

Relacja z pacjentem

Relacja z pacjentem

Adres, Ulica

Miasto, Kod pocztowy

Telefon

Data
