

**Załącznik nr 4 do  
Procedury ustalania odpłatności**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
.....  
.....  
(dane identyfikacyjne składającego oświadczenie)

**Ośrodek Leczniczo – Rehabilitacyjny  
„Pałac Kamieniec” sp. z o.o.  
42-674 Zbroślawice Kamieniec ul. Polna 2**

**Zakład Pielęgnacyjno -Opiekuńczy Psychiatryczny  
dla Dzieci i Młodzieży**

## **OŚWIADCZENIE**

Informuję, iż Sąd Rejonowy w ..... - ..... Wydział Rodzinny i Nieletnich na mocy Postanowienia Sądu <sup>(1)</sup> sygn. Akt ..... Nsm ..... z dnia ..... skierował małoletnią/ małoletniego <sup>(2)</sup> .....

(imię i nazwisko dziecka)

urodzonego ..... w .....  
(data urodzenia dziecka) (miejsce urodzenia dziecka)

do prowadzonego przez Ośrodek Leczniczo – Rehabilitacyjny „Pałac Kamieniec” sp. z o.o. Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży.

W związku z powyższym oświadczam, iż zgodnie z art. 18 ust. 3 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1938), właściwym do ponoszenia odpłatności, ze względu na miejsce urodzenia małoletniej/małoletniego / siedziby sądu <sup>(2)</sup> jest Powiat <sup>(3)</sup> .....

.....  
(data i podpis składającego oświadczenie)

<sup>(1)</sup> należy dołączyć Postanowienie Sądu

<sup>(2)</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>(3)</sup> należy dołączyć Akt urodzenia dziecka bądź inny dokument z którego jednoznacznie wynika miejsce urodzenia dziecka