**ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ**

От:…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

ЕГН:…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Адрес: община …………………………………………….……………., гр …….…………………………………………,

ул. ……………………………................................., №…….…, вх………., ет….……, ап…….…………

л.к./л.п. № …………………………….., издадена от ………………………………., на ……………………………,

тел: ……………………………………………………………..

Декларирам, че съм запознат/запозната и съгласен/съгласна с долуописаните условия:

* Запознат/а съм с условията, начина и таксите на предлаганите услуги. Известно ми е, че Регионален хоспис е лечебно заведение, в което не се лекуват пациентите, а се предоставят здравни грижи и медикаментозна терапия на пациенти в напреднал /терминален/ стадий на заболяване, с цел осигуряване на достоен живот и психо-социална подкрепа на пациента и неговото семейство.
* Пълната такса за леглоденонощие, за ползване услугите на Регионален хоспис – стационар гр. Дряново, се заплаща съответно:
* 20,00 лв. на ден от настаненото лице или неговите близки;
* 30,00 лв. на ден от Община Дряново, съгласно Условията за ползване услугите на Регионален хоспис ЕООД гр. Габрово – стационар гр. Дряново, с финансовата подкрепа на Община Дряново.
* Срокът на пребиваване в Регионален хоспис – стационар гр. Дряново, с финансовата подкрепа на Община Дряново е до 4 /четири/ последователни месеца за календарна година, при наличие на пациенти, чакащи за настаняване. При липса на чакащи пациенти, срокът на престоя може да бъде удължен;
* При чакащи за настаняване пациенти, след изтичане на 4-месечния срок в Регионален хоспис – стационар гр. Дряново, ползването на услугата се прекратява;
* При наличие на чакащи, след удължен 4-месечен престой в Регионален хоспис – стационар гр. Дряново, ползването на услугата се прекратява.
* При пациент без близки с родствена връзка по права линия, до първа степен и без месечни доходи, цялата издръжка на ден се поема от Община Дряново, със заповед на кмета на община Дряново, за отпускане на индивидуална помощ. Срокът на пребиваване е до 3 /три/ последователни месеца, за календарна година, след което ползването на услугата се прекратява.
* При пациент без близки с родствена връзка по права линия до първа степен, но с месечни доходи, лицето предоставя 100% от доходите си, като останалата част до пълния размер на издръжката се поема от Община Дряново, със Заповед на кмета, за отпускане на индивидуална помощ. Срокът на пребиваване е до 3 /три/ последователни месеца за календарна година, след което ползването на услугата се прекратява.

Дата:…………………….г. Декларатор: ………………………

гр. Дряново /………………………………………../