

**I Z J A V A      O**  
**(DO)PLAČILU OSKRBNIH STROŠKOV**

Spodaj podpisani(a) \_\_\_\_\_ roj. \_\_\_\_\_

Stanujoč \_\_\_\_\_

Štev. osebne izkaznice \_\_\_\_\_ izdane v \_\_\_\_\_

Zaposlen(a) \_\_\_\_\_  
(naslov ustanove ali številka pokojninske zadeve)

**i z j a v l j a m**, da bom za \_\_\_\_\_  
(priimek in ime) (sorodstveno razmerje)

roj. \_\_\_\_\_ stanujoč \_\_\_\_\_

**kril(a)** razliko med pokojnino in ceno domske oskrbe oz. **plačevala (a)** celotne stroške  
domske oskrbe od sprejema dalje.

Obvezujem se, da bom svoje obveznosti poravnal(a) v roku osem dni od izstavitve računa za pretekli mesec. Seznanjen(a) sem, da mi bo dom v primeru zamude plačila oskrbnine zaračunal zamudne obvesti v zakonsko določeni višini. V primeru, da bom s plačilom oskrbnine v zaostanku več kot mesec dni, dovoljujem izplačevalcu mojih osebnih dohodkov oziroma pokojnine, da mi na zahtevo Doma odtegne sporni znesek.

To izjavo podpisujem prostovoljno in se zavedam svojih obveznosti in morebitnih posledic.

\_\_\_\_\_ kraj in datum

**I z j a v o   p o d a l ( a ) :**

\_\_\_\_\_