Dobre Miasto, dnia …………………………………

Imię i nazwisko ………………………………………………

Nr PESEL ………………………………………………………..

Adres zamieszkania:

Ulica ……………………………………………………………..

Miejscowość ………………………………………………….

Numer telefonu …………………………………………….

 **Burmistrz Dobrego Miasta**

**WNIOSEK**

**o wydanie decyzji w sprawie przyznania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej**

**finansowanych ze środków publicznych**

Prośbę uzasadniam tym, że nie posiadam ubezpieczenia zdrowotnego, ponieważ :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 należy podać przyczyny braku ubezpieczenia zdrowotnego oraz powód zdrowotny / nagłe pogorszenie stanu zdrowia, konieczność hospitalizacji/

 …………………………………………………..

 /podpis wnioskodawcy/

**Do wniosku załączam:**

1. kserokopię dokumentu potwierdzającego

 posiadanie obywatelstwa polskiego,

2. zamieszkanie na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej

Przyjmuję do wiadomości, że decyzja w sprawie przyznania świadczeń będzie wydana po przeprowadzeniu środowiskowego wywiadu rodzinnego i udokumentowaniu przeze mnie dochodów.

**Jednocześnie, zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wydania przedmiotowej decyzji.**

 ……………………………………………………………….

  **(czytelny podpis)**