

Imię i Nazwisko Wnioskodawcy :

.....

Adres zamieszkania :

.....

.....

Telefon kontaktowy :

.....

**Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Łukasiewicza 2
37-310 Nowa Sarzyna**

Wniosek

*o wydanie decyzji w sprawie przyznania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych
na podstawie art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz. U. z 2018 r., poz.1510 z późn. zm.)*

Składam wniosek o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 w/w ustawy.

Jednocześnie przyjmuje do wiadomości, że decyzja w powyższej sprawie może być wydana po:

- przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego,
- przedłożeniu dokumentów potwierdzających obywatelstwo polskie,
- udokumentowaniu zamieszkiwania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- stwierdzeniu spełniania kryterium dochodowego zgodnie z ustawą o pomocy społecznej,
- stwierdzeniu braku występowania dysproporcji pomiędzy wysokością dochodu a sytuacją majątkową osoby/rodziny.

Zobowiązuję się do niezwłocznego (nie później niż w 7 dni od dnia złożenia niniejszego wniosku) dostarczenia wszystkich wymaganych przez pracownika socjalnego MGOPS w Nowej Sarzynie dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia mojej sprawy.

.....
/ Podpis Wnioskodawcy /

ODBIÓR DECYZJI ADMINISTRACYJNEJ

Proszę o telefoniczne powiadomienie (na wskazany przeze mnie numer telefonu) o możliwości odbioru decyzji administracyjnej w siedzibie Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowej Sarzynie przy ul. Łukasiewicza 2.

W przypadku braku możliwości osobistego odebrania decyzji administracyjnej w siedzibie MGOPS w Nowej Sarzynie, upoważniam do odbioru niniejszej decyzji :

Pana/Panią.....
zamieszkałą/a.....

(dokładny adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym.....PESEL.....

.....

/ Podpis Wnioskodawcy /