\*WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

 Stalowa Wola,………………………

…………………………………………. (imię i nazwisko)\*

………………………………………….. (adres zamieszkania, kod, ulica, nr domu i mieszkania)\*

Tel……………………………………….

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli**

**WNIOSEK o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej**

Działając na podstawie art. 54 ust.3 – ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. –
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

………………………………….………………. ……………………………………….. (imię i nazwisko)\* (data urodzenia)\*

PESEL: ……………………………………….

Ostatnie ubezpieczenie posiadałem/am (gdzie, kiedy się skończyło)…………………………....

**wnoszę o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

**Uzasadnienie**

Jestem obywatelem polskim, osobą nieubezpieczoną i nie mam ustalonego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Mając na uwadze przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wniosek jest uzasadniony.

W przypadku uzyskania prawa do świadczeń zdrowotnych z innego tytułu, zobowiązuję się niezwłocznie zgłosić ten fakt do siedziby Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej,
ul. Dmowskiego 1, pok.23.

(Zgodnie z art. 24 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych [tekst jednolity, Dz. U. z 2016r.,
poz. 922] informuję, iż administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
z siedzibą w Stalowej Woli przy ul. Dmowskiego 1, dane te będą przetwarzane w celu wydania przedmiotowej decyzji i nie będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnione na mocy prawa. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wydania przedmiotowej decyzji.

 ……………...………………………… (podpis wnioskodawcy)