

Kisielice, dnia

.....
(imię i nazwisko)

(PESEL)

.....
(data urodzenia)

.....

(adres zamieszkania – ulica nr domu/mieszkania,
kod pocztowy, miejscowość)

Burmistrz Kisielic
ul. Daszyńskiego 5
14-220 Kisielice

Wniosek o przyznanie prawa do świadczenia zdrowotnego

Zwracam się z prośbą o objęcie świadczeniem opieki zdrowotnej
od dnia....., ponieważ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że:

- 1) nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu,
- 2) zamieszkuję na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i posiadam obywatelstwo polskie lub:
 - a) posiadam status uchodźcy,
 - b) objęty/a jestem ochroną uzupełniającą,
 - c) posiadam zezwolenie na pobyt czasowy udzielony w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt. 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013r. o cudzoziemcach,
- 3) niezwłocznie poinformuję Burmistrza o każdej zmianie w sytuacji dochodowej lub majątkowej oraz o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym.

Załączniki:

1. Kserokopia dokumentu potwierdzającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz dokument potwierdzający: - posiadanie obywatelstwa polskiego, lub status uchodźcy, lub objęcie ochroną uzupełniającą, lub posiadanie zezwolenia na pobyt czasowy udzielonego w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt. 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013r. o cudzoziemcach.
2.
3.
4.
5.

.....

/podpis/