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:
	1. posiadam status uchodźcy,
	2. objęty/a jestem ochroną uzupełniającą,
	3. 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/