

Wniosek
dotyczący wydania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej
(dla świadczeniobiorcy)

Dane świadczeniobiorcy:

1) Imię

2) Nazwisko

3) Adres zameldowania:

- (ulica)

- (kod pocztowy)

- (miejscowość)

4) Adres zamieszkania:

- (ulica)

- (kod pocztowy)

- (miejscowość)

5) Numer PESEL

6) Numer i seria dowodu osobistego (lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość wnioskodawcy)

.....

7) Numer telefonu do kontaktu

8) Powód ubiegania się o wydanie decyzji

.....

Na podstawie art. 54 ust. 1 w związku z art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wnoszę o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

.....
/podpis wnioskodawcy/

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. administratorem zebranych danych osobowych jest Gmina Skarżysko-Kamienna reprezentowana przez Prezydenta Miasta Skarżysko-Kamienna,
2. moje dane będą przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie ustalenia uprawnień dla wnioskodawcy do korzystania z ubezpieczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych,
3. obowiązek podania danych wynika z ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2000 ze zm.), ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.) oraz ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 ze zm.),
4. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dotyczącym wydania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

.....
/podpis wnioskodawcy/