Skarżysko-Kamienna, dnia …………………………

**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 Prezydent 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 2017 r. poz. 1257 ze zm.), ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.) oraz ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1769 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 art. 7 pkt 5 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.).

…………………………………………..

 /podpis wnioskodawcy/

REFERAT ZDROWIA

URZĄD MIASTA SKARŻYSKA-KAMIENNEJ