

WNIOSEK

o przyznanie pomocy zdrowotnej

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy:

.....

2. Adres zamieszkania, telefon:

.....

Proszę o udzielenie mi pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego z powodu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że w ostatnich 3 miesiącach moja rodzina uzyskała dochody w podanych niżej wysokościach:

1. Dochód brutto wnioskodawcy:.....

2. Dochód współmałżonka i członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:.....

3. Razem dochód z 3 miesięcy:.....

4. Liczba członków w rodzinie pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:.....

5. Przeciętny miesięczny dochód na 1 osobę w rodzinie:.....

Ostatni raz z tej formy pomocy korzystałem/am w roku:.....

Do wniosku załączam:

1

2.....

3.....

4.....

5.....

Prawidłowość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy/a odpowiedzialności karnej (art. 247 § 1 kk). Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby funduszu zdrowotnego (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. z 2002r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Numer rachunku bankowego wnioskodawcy:

.....

.....

(miejsowość, dnia)

.....

(podpis wnioskodawcy)

1. Adnotacja dotycząca rozpatrzenia wniosku:

Ocena wymogów formalnych wniosku: spełnia/ nie spełnia

2. Uzasadnienie przyznania pomocy zdrowotnej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Burmistrz Nasielska przyznaje pomoc zdrowotną w wysokości:.....

(słownie.....)

.....

(data i podpis)