*Załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr 3/2020 Dyrektora MOPS w Stalowej Woli z dnia 02.01.2020r.*

 Stalowa Wola,………………………

**WNIOSEK o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej**

Działając na podstawie art. 54 ust. 4 – ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. –
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wnoszę o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

………………………………….………………. ……………………………………….. (imię i nazwisko)\* (data urodzenia)\*

…….……………………………………………………………………………..……………….. (adres zamieszkania, kod, ulica, nr domu i mieszkania)\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL: Nr telefonu ………………………

Ostatnie ubezpieczenie posiadałem/am (podać ubezpieczyciela i datę utraty ubezpieczenia)

………………………………………………………………………………………………..…...

***W przypadku uzyskania prawa do świadczeń zdrowotnych z innego tytułu lub zmiany sytuacji osobistej i dochodowej zobowiązuję się niezwłocznie zgłosić ten fakt do siedziby Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, ul. Dmowskiego 1, osobiście lub pisemnie.***

 ……………...………………………… (podpis wnioskodawcy)

\*wypełnić drukowanymi literami

**Oświadczenie**

**Oświadczam, że:**

□ Jestem obywatelem polskim, osobą nieubezpieczoną i nie mam ustalonego prawa do
 świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

□ Znana mi jest treść art. 233 § 1ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeksu Karnego
o odpowiedzialności karnej za podawanie pracownikowi socjalnemu przeprowadzającemu rodzinny wywiad środowiskowy nieprawdziwych informacji i zatajeniu prawdy.

□ Zostałam/łem pouczona/ny o skutkach wynikających z art. 41 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. -

 Kodeks postępowania administracyjnego, że w przypadku zaniedbania obowiązku informowania
 o zmianie swojego adresu doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

Stalowa Wola dn……………………………… …………………….……………………………
 (czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Oświadczenie zostało przyjęte przez ……………………………………………………….

 (imię nazwisko i stanowisko służbowe)