

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
w Jaworznie
43-600 Jaworzno, ul. Północna 9b
tel. 032 618-18-40 fax 032 618-18-41

.....
(miejscowość i data)

WNIOSEK O WYDANIE DECYZJI POTWIERDZAJĄCEJ PRAWO DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

.....
(imię i nazwisko)

.....
(obywatelstwo)

.....
(PESEL)

.....

.....
(adres zamieszkania)

Wnoszę o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na okres 90 dni, to znaczy od dnia złożenia wniosku do

UZASADNIENIE

.....
.....
.....
.....

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na:

- przetwarzanie moich danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaworznie w celu ustalenia przesłanek upoważniających mnie do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U z 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)
- przeprowadzenie rodzinnego wywiadu środowiskowego przez pracownika socjalnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.

.....
(podpis pracownika)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)