Wójt Gminy Załuski

**WNIOSEK**

**o przyznanie pomocy zdrowotnej**

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy:

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

2. Adres zamieszkania, telefon:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 za 3 miesiące …………………………

 średnio za 1 miesiąc …………………………

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

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

Wysokość otrzymanej pomocy ……………..

7. Prawidłowość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy/a odpowiedzialności regulaminowej i 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 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz.U.2014.1182 j.t**.** z późn. zm.

Do wniosku załączam:

1. .................................................................................................................................

2. .................................................................................................................................

3. .................................................................................................................................

4. .................................................................................................................................

5. .................................................................................................................................

*.................................................. ...................................................*

*(miejscowość, dnia) (podpis wnioskodawcy)*

1. Adnotacja dotycząca rozpatrzenia wniosku:

ocena wymogów formalnych wniosku: spełnia / nie spełnia

2. Uzasadnienie przyznania pomocy zdrowotnej:

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

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

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

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

Wójt Gminy Załuski przyznaje pomoc zdrowotną w wysokości: ..............................................................................................................................

(słownie: ...............................................................................................................)

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

(data i podpis