



Gminne Centrum Usług Społecznych w Szczytnie

ul. Towarowa 3, 12-100 Szczytno

e-mail : cus@ug.szczytno.pl, tel. (89) 613-11-37

NIP : 745-158-69-80, REGON : 004458799

adres doręczeń elektronicznych (ADE): **AE:PL-99479-56861-RHRVE-33**

Szczytno, dnia

.....
(nazwisko i imię wnioskodawcy)

zam.
(adres wnioskodawcy)

12 -100 Szczytno

PESEL:

nr telefonu :

WNIOSEK

Zwracam się z wnioskiem o potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jednocześnie oświadczam, że :

- pozostaję osobą nieubezpieczoną,
- posiadam miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- posiadam obywatelstwo polskie lub uzyskałam(em) w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159, ust. 1, pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013r. o cudzoziemcach,
- spełniam kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej,
- nie występują u mnie okoliczności, o których mowa w art. 12 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

