

Wniosek o ubezpieczenie zdrowotne MOPS

[Miejscowość, data]

[Imię i nazwisko]

[Adres zamieszkania]

[PESEL]

[Wójt / Burmistrz / Prezydent Miasta ...]

za pośrednictwem

[Ośrodek Pomocy Społecznej w ...]

Wniosek o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Na podstawie art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wnoszę o wydanie decyzji potwierdzającej moje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej jako osoby nieubezpieczonej, spełniającej kryterium dochodowe uprawniające do świadczeń z pomocy społecznej.

Oświadczam, że:

1. nie posiadam innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego,
2. moje miejsce zamieszkania to [adres] na terenie gminy [nazwa gminy],
3. mój dochód wynosi [kwota] zł miesięcznie i pochodzi z [źródło dochodu lub jego brak],
4. wyrażam zgodę na przeprowadzenie rodzinnego wywiadu środowiskowego.

Uzasadnienie

Jestem osobą nieubezpieczoną, ponieważ [opisz sytuację: brak zatrudnienia i rejestracji w urzędzie pracy, wygaśnięcie ubezpieczenia, kryzys bezdomności]. Potrzebuję leczenia [opcjonalnie: rodzaj świadczenia lub placówka], a nie mam tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego. Moja sytuacja dochodowa mieści się w kryterium określonym w art. 8 ustawy o pomocy społecznej.

Wnoszę o pozytywne rozpatrzenie wniosku.

[Podpis]

Załączniki:

- [dokumenty potwierdzające dochód lub jego brak]
- [zaświadczenie ze szpitala / skierowanie - jeśli dotyczy]