

Uwaga: Należy wypełniać czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie drukowanymi literami

1. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ					
1.1	Nazwisko	1.2	Imię (imiona)	1.3	Nazwisko rodowe
1.4	Data urodzenia (dd /mm/ rrrr)	1.5	Obywatelstwo	1.6	PESEL
1.7	Adres miejsca zamieszkania:				
	Państwo		Miejscowość		
	Gmina	Kod pocztowy		Telefon kontaktowy	
	Ulica			Nr domu	Nr lokalu
1.8	Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość		1.9	Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość	

Zwracam się z prośbą o wydanie decyzji w trybie art. 109 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. z 2004r Nr 210 poz.2135

Treść sprawy:

Proszę o wydanie decyzji w kwestii ustalenia mojego prawa do świadczeń, o których mowa w art. 46 ustawy Oświadczam, iż jestem małżonkiem (małżonką) inwalidy wojennego i pozostaje na jego wyłącznym utrzymaniu.

Dane osobowe inwalidy wojennego:

Imię:....., Nazwisko....., PESEL.....

W celu udokumentowania przesłanek ustawowych przedstawiam:

- aktualną książkę inwalidy wojennego
- zaświadczenie z US o nieosiąganiu dochodu
- odpis aktu małżeństwa

.....

Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....  
Data wypełnienia wniosku (dd/ mm/ rrrr)

.....  
Czytelny podpis osoby wnioskującej

