

..... , dnia 20.... roku

.....
Nazwisko i Imię

.....
PESEL

.....
ADRES

Do Dyrektora

.....
Oddziału Wojewódzkiego

Narodowego Funduszu Zdrowia

Wniosek

o odstąpienie od pobrania opłaty lub rozłożenie jej na raty

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zwolnienie mnie z opłaty/rozłożenie opłaty na raty¹, o której mowa w art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), warunkującej zawarcie umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnym.

1. Prośbę swoją motywuję tym, że ²

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

W przypadku nieuwzględnienia mojej prośby, wnoszę o rozłożenie wymaganej opłaty wynikającej z art. 68 ust. 8 ustawy, na raty miesięczne³.

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
(data i podpis wnioskującego)

.....
(podpis pracownika przyjmującego wniosek)

Objaśnienia:

¹ Niepotrzebne skreślić

² Uzasadnienie powinno zawierać informacje dotyczące:

- 1) sytuacji materialnej;
- 2) warunków rodzinnych;
- 3) sytuacji zdrowotnej;
- 4) innych okoliczności wskazujących na trudną sytuację życiową.

Do wniosku należy dołączyć dokumenty potwierdzające ww. informacje.

³ Nie dotyczy osoby, która wnioskuje o odstąpienie od opłaty i której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie 3 miesiące do roku oraz nie dotyczy osoby wnoszącej o rozłożenie opłaty dodatkowej na raty.