Załącznik Nr 6

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

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

Nazwisko i Imię

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

PESEL

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

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

ADRES

**Do Narodowego Funduszu Zdrowia**

………………………………………..

*(adres)*

**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 2020 r. poz. 1398, 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 miesięczne 3.

1

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.

2