

ANKIETA

1. **Imię i Nazwisko**
2. **PESEL**.....
3. **Ilość lat przepracowanych w służbie zdrowia**
4. **Obecne zatrudnienie**.....
.....
5. **Zamieszkały :**
 - a. **samotnie**
 - b. **z rodziną**
6. **Wymaga opieki osób trzecich**
7. **Ile razy korzystał(a) z pomocy socjalnej OIL**
8. **Wysokość opłacanej składki na OIL**
 - **10 zł**
 - **60 zł**
 - **zwolniony z opłacania składek**

10. Czy nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia lub sytuacji finansowej w ostatnim

roku

.....

.....

.....

Dokumenty :

- zaświadczenie o obecnym stanie zdrowia lub ksero wypisów szpitalnych
 - ksero rachunków za leki
 - ksero płatnych zabiegów
 - ksero PIT – u z poprzedniego roku
- dokumenty i potwierdzenie przez właściwy miejscowo urząd gminy lub inną odpowiednią instytucję w związku ze zdarzeniem losowym związanym w szczególności działaniem siły wyższej, sił przyrody, katastrofami i klęskami żywiołowymi.

.....
Potwierdzam powyższe dane własnoręcznym podpisem