**Бланк заяви №**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, прошу надати мені знижку на отримання медичних послуг, а саме:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (вкажіть, що саме)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата народження |  | Номер телефону | |  | | |
| Адреса проживання |  | | | | | |
| Кількість членів сім’ї |  | З них працюють | |  | |
| Дохід сім’ї |  | | |
| Місце праці, посада |  | | | | | |
| Наявність інших видів допомоги: | малозабезпеченість  так  ні | | субсидії  так ні | інше(яка саме) | | |
| Чи є потреба у попередньому огляді терапевта | | | | так | ні | |
| Чи звертались попередньо за безкоштовною допомогою у Шпиталь | | так  коли востаннє | | | ні | |

Посвідчую, що подана інформація є правильною і повною.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_