

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Wnioskodawca (imię i nazwisko).....

Adres zamieszkania.....

Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony.....

.....

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(w załączeniu aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wnioskodawcy, poniesione koszty leczenia- rachunki, faktury, oświadczenie o dochodach brutto osiągniętych w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających dzień ubiegania się o pomoc zdrowotną, przypadających na jednego członka rodziny)

.....

Data i podpis wnioskodawcy

Opinia dyrektora szkoły (zespołu) uzasadniająca przyznanie/odmowę pomocy zdrowotnej, oraz wysokość przyznanej pomocy.

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis dyrektora szkoły