WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
Uprawniony (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania i nr tel.

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

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

Załączniki:

1) zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza prowadzącego leczenie,
2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem,
3) oświadczenie o dochodach netto przypadających na jednego członka rodziny za okres trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku,
4) oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych.

.....
data i podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

.....

.....

.....

Podpisy członków komisji Zdrowotnej:

.....

.....

.....

Dyrektor szkoły:

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości: .....
(kwota)

.....
data i podpis