

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
(wnioskodawca – imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania i nr telefonu)

.....
(szkoła/placówka, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie mi zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną.

Uzasadnienie:

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

Nr rachunku bankowego: (jeżeli wnioskodawca prosi o przekazanie świadczenia na rachunek)

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające przewlekłą lub przebytą chorobę.

2.

3.

4.

OŚWIADCZENIE

(Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat za składanie fałszywych zeznań.)

Oświadczam, że średnia wysokość dochodów (brutto) z miesiąca poprzedzającego miesiąc ubiegania się o pomoc zdrowotną wynosi: zł (słownie:). W przeliczeniu na 1 członka rodziny wynosi: zł (słownie:).

Jednocześnie oświadczam, że koszty podjętego przeze mnie leczenia wyniosły: zł., co mogę udokumentować posiadanymi fakturami.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz załączonych do niego dokumentach, w związku z procedurą przyznawania pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. 2016 r. poz. 922).

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela/emeryta)

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy zdrowotnej:

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

Podpisy członków komisji:

1.
2.
3.
4.

Dyrektor Samorządowej Administracji Placówek Oświatowych we Wronkach przyznaje/nie przyznaje pomoc zdrowotną w wysokości: zł (słownie:)

.....
(data i podpis dyrektora)