

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

## I. Wnioskodawca

.....  
Adres zamieszkania i nr tel.

.....  
Nazwa i adres szkoły, w której wnioskodawca jest ( był) zatrudniony

Sytuacja materialna rodziny:

Imię i nazwisko osoby uprawnionej	Dochód rodziny (w roku poprzedzającym złożenie wniosku)*	Ilość członków rodziny będących we wspólnym gospodarstwie	Dochód na członka rodziny	Poniesione koszty leczenia
1	2	3	4	5

\* przez dochód rodziny należy rozumieć dochód po odliczeniu podatku, składek na ubezpieczenie zdrowotne, składek na ubezpieczenia społeczne uzyskany przez członków rodziny

Uzasadnienie:

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

Nr konta bankowego osoby uprawnionej :

.....

.....  
data i podpis wnioskodawcy

II. Opinia komisji i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Podpisy członków komisji zdrowotnej:

1. ....
2. ....
3. ....

III. Decyzja dyrektora szkoły:

.....

.....  
data i podpis dyrektora szkoły

- pkt I wypełnia osoba uprawniona lub podmiot działający w jej imieniu
- pkt II wypełnia komisja
- pkt III wypełnia dyrektor szkoły

W załączeniu: aktualne zaświadczenie lekarskie, faktury (rachunki).