

Wniosek o przyznanie świadczenia pomocy zdrowotnej

Wnioskodawca:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
Numer telefonu

Nazwa szkoły, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony:

.....

Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej:

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

Przyznany zasiłek pieniężny proszę przekazać na konto

.....

.....
Miejscowość

.....
Podpis wnioskodawcy

Załączniki:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia ze wskazaniem rodzaju leczenia
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia lub koszty zakupu sprzętu medycznego
3. Oświadczenie o sytuacji rodzinnej i materialnej

Opinia dyrektora szkoły

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis dyrektora

OŚWIADCZENIE **o sytuacji rodzinnej i materialnej**

Oświadczam, że moja rodzina składa się z niżej wymienionych osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Lp.	Imię i Nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Miejsce pracy – nauki	Wysokość dochodu netto w zł*
Łączny dochód rodziny					
Średni dochód na osobę w rodzinie					

* Dochód powinien być wskazany ze wszystkich źródeł i powinien dotyczyć trzech ostatnich miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym składany jest wniosek.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis wnioskodawcy