

(Poufne po wypełnieniu)

Załącznik nr 1
do Regulaminu

WNIOSEK

O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania i nr telefonu

.....
Miejsce pracy i staż pracy (emeryt - ostatnie miejsce pracy)

.....
Uzasadnienie wniosku:

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

.....
data i podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Oświadczam, że dochód na 1 członka mojej rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie za ostatnie 3 miesiące (brutto) wynosi:.....zł,
słownie złotych.....

.....
data i podpis wnioskodawcy

**Opinia Komisji d/s Pomocy Zdrowotnej i proponowana wysokość zapomogi
pieniężnej:**

**Komisja na posiedzeniu w dniu.....
postanowiła przyznać/ nie przyznawać zapomogi pieniężnej.**

**Uzasadnienie.....
.....
.....**

**Proponowana wysokość zapomogi.....złotych
(słownie:.....)**

Podpisy członków Komisji d/s Pomocy Zdrowotnej:

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

**Przyznanie zapomogi pieniężnej z funduszu zdrowotnego przez dyrektora
szkoły/placówki:**

**Wysokość przyznanej zapomogi i uzasadnienie:.....
.....
.....
.....**

.....
data i podpis dyrektora szkoły/placówki