

WZÓR

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania i nr telefonu

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

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego.

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,
- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia,
- wysokość dochodów na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
- ilość osób pozostających na wyłącznym utrzymaniu wnioskodawcy

.....
miejscowość, data i podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

.....