

Załącznik nr 1 do uchwały
nr.....z dnia

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

Wnioskodawca:.....

(imię i nazwisko)

Adres zamieszkania i numer telefonu:.....

Nazwa szkoły lub placówki, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony:.....

.....

Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej:.....

.....

.....

.....

.....

Wnioskowana kwota:

Dokumenty załączone do wniosku:

1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie.....

2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia.....

3) oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny.....

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis wnioskodawcy

Opinia przedstawicieli związków zawodowych/ komisji * i proponowana wysokość pomocy zdrowotnej:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Miejscowość i data

.....

Podpisy przedstawicieli związków zawodowych

Decyzja dyrektora:

Przyznaję/nie przyznaję* zasiłek w wysokości.....zł

(słownie
złotych:.....).

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis dyrektora

* - niepotrzebne skreślić