

Załącznik nr 1 do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

## Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

1. Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....

2. Adres zamieszkania i nr telefonu

.....

.....

3. Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

.....

.....

4. Dochód miesięczny ubiegającego się o zapomogę

.....

5. Dochód miesięczny pozostałych członków rodziny

.....

6. Ilość członków rodziny na utrzymaniu .....

.....

7. Dochód miesięczny w gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę

.....

8. Zapomogę proszę przekazać na moje konto bankowe nr

.....

9. 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,
- zaświadczenie o średnich z ostatnich 3 miesięcy przed złożeniem wniosku dochodach nauczyciela i członków jego rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe (zaświadczenie z miejsca pracy, odcinki renty bądź emerytury, zaświadczenia z Urzędu Skarbowego w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej, decyzja ustalająca podatek lub zaświadczenie z Urzędu Gminy o dochodach)

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

.....

.....

.....

.....

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

.....

.....

.....

.....

Decyzją Wójta Gminy Szczerców udzielono/nie udzielono pomocy zdrowotnej w wysokości .....zł (słownie zł.....)

Szczerców, dn. ....

.....  
Wójt gminy