

WZÓR

Załącznik Nr 1 do  
Regulaminu  
Funduszu  
Zdrowotnego

### 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,
- oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny,
- kopię zeznania o wysokości osiągniętego dochodu (formularz PIT) w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej lub ostatni odcinek emerytury lub renty (w przypadku nauczyciela emeryta / rencisty).

.....  
miejsce i data

.....  
podpis wnioskodawcy

Opinia Szkolnej Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Podpisy członków Szkolnej Komisji Zdrowotnej:

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

Decyzja dyrektora szkoły/placówki oświatowej:

Zgodnie z Opinią Szkolnej Komisji Zdrowotnej przyznaję Pani/Panu pomoc zdrowotną w wysokości ..... zł (słownie złotych.....).

.....

(podpis dyrektora szkoły/placówki oświatowej)