Załącznik nr 1



WNIOSEK

O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO

Wnioskodawca (imię i nazwisko) ……………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………………

Miejsce pracy i staż pracy: ………………………………………………………………………………………………………..

**Uzasadnienie wniosku**:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………..

data i podpis wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE O DOCHODACH**

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………..

data i podpis wnioskodawcy

**Opinia Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej i proponowana wysokość zapomogi pieniężnej:**

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

Uzasadnienie ………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Proponowana wysokość zapomogi ……………….. zł (słownie) ……………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Podpisy członków Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej:

………………………………………………..

………………………………………………..

………………………………………………..

………………………………………………..

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

Wysokość przyznanej zapomogi i uzasadnienie ……………………………………………………………………………………

…………………………….…………..…………

data i podpis dyrektora szkoły/placówki