WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

I .Wnioskodawca

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

Adres zamieszkania i nr tel.

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

Nazwa i adres szkoły, w której wnioskodawca jest ( był) zatrudniony

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

Sytuacja materialna rodziny:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby uprawnionej | Poniesione koszty leczenia |
|
| 1 | 2 |
|   |   |
|

Oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym w ramach rodziny jest/są ………… osób/osoby (mąż, żona, uprawnione dzieci). Średni dochód miesięczny brutto na podstawie zeznania PIT ze wszystkich źródeł na jednego członka rodziny za …………. rok wynosi ……………zł. (słownie: ………………………………..…………………………………..….)

Uzasadnienie:

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

Nr konta bankowego osoby uprawnionej :

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

 …………………………………………………

data i podpis wnioskodawcy

II. Decyzja dyrektora szkoły:

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

…….………………………………

data i podpis dyrektora szkoły

W załączeniu: **aktualne zaświadczenie lekarskie**, faktury (rachunki).

pkt I wypełnia osoba uprawniona lub podmiot działający w jej imieniu

pkt II wypełnia dyrektor szkoły