Sosnowiec, dnia ………………………..

**WNIOSEK O ZAPOMOGĘ ZDROWOTNĄ**

1. **Dane wnioskodawcy**
2. Imię i nazwisko …………………………………………………………………….………
3. Telefon kontaktowy………………………………………………………………………...
4. Pełna nazwa placówki, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony ………………... ………………………………………………………………………………………..……….
5. Sposób nawiązania stosunku pracy \* ……………..…..……………………….………….

i wymiar czasu pracy ………………………………..…...……..………………..………….

5.Opis choroby i przebieg leczenia (rodzaj schorzenia, rodzaj leczenia, itp.) ……………… ………………………………………………………………………………………..………..

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

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

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

6.Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art.271 KK oświadczam, że średni miesięczny dochód na członka mojej rodziny wyniósł /brutto za okres trzech miesięcy, poprzedzających miesiąc złożenia wniosku/………………………zł. Słownie…………………………………………………………

…………………………………….

podpis wnioskodawcy

**II. Zaświadczenie lekarza o aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy**

1. rodzaj schorzenia …………………………………………………………………………….

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

1. leczenie ambulatoryjne, leczenie szpitalne (właściwe zakreślić)
2. nazwy leków, które wnioskodawca jest zmuszony przyjmować w trakcie leczenia ……… ………………………………………………………………………………………..………. ………………………………………………………………………………………..……….
3. rodzaj badań nie objętych ubezpieczeniem, które wnioskodawca w ramach leczenia

powinien przeprowadzić …………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………..………. ………………………………………………………………………………………..……….

 Sosnowiec, dnia ………………….. ……………………………….

 podpis lekarza

 **III. Załączniki do wniosku**

1. ………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………
3. ………………………………………………………………

**IV. Opinia Komisji zdrowotnej**

Komisja na posiedzeniu w dniu ………………………………………………………………

Zaopiniowała pozytywnie wniosek i zwraca się do dyrektora szkoły o przyznanie pomocy

Zdrowotnej w formie świadczenia pieniężnego w kwocie …………………………………..

słownie ……………………………………………………………………………………….

Uwagi Komisji:

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

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

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

podpisy Komisji

* wypełnia nauczyciel czynnie pracujący