

Sosnowiec, dnia

WNIOSEK O ZAPOMOGE ZDROWOTNA

I. Dane wnioskodawcy

1. Imię i nazwisko

2. Telefon kontaktowy.....

3. Pełna nazwa placówki, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

.....

4. 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

a. rodzaj schorzenia

.....

b. leczenie ambulatoryjne, leczenie szpitalne (właściwe zakreślić)

c. nazwy leków, które wnioskodawca jest zmuszony przyjmować w trakcie leczenia

.....

.....

d. 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