

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 Pomocy Zdrowotnej.

Uzasadnienie:

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

Do wniosku załączam:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,
- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia,
- oświadczenie o dochodach (brutto) przypadających na jednego członka rodziny wspólnie zamieszkującego i prowadzącego gospodarstwo domowe – ze wszystkich źródeł przychodów osiągniętych w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Opinia Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

.....
.....

Podpisy członków Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej

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

Decyzja Wójta Gminy Hyżne:

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości/ nie przyznaję pomocy zdrowotnej* w wysokości zł.
(słownie złotych).

.....
(podpis Wójta Gminy Hyżne)

*Niepotrzebne należy skreślić