**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

1. **Oznaczenie wnioskodawcy** ...........................................................................................................................................................................................................................
2. **Imię i Nazwisko osoby, której ma być przyznana pomoc zdrowotna**

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

1. Miejsce zamieszkania:

Kod pocztowy .........................................

Miejscowość ............................................

Ulica ........................................................

1. Uzasadnienie wniosku:

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

1. Przyznaną pomoc zdrowotną proszę przekazać na konto

nr: ...............................................................................................................................

1. Wykaz załączników:
2. zaświadczenie lekarskie (uwzględniające zapisy ustawy o ochronie danych osobowych),
3. dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia z ostatnich trzech miesięcy: rachunki, faktury wystawione na nauczyciela,
4. oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny,
5. inne .......................................................................................................................
6. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą.

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

(data i podpis wnioskodawcy)

1. **Komisja:**
2. Opinie Komisji:

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

1. Podpisy członków Komisji:

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

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

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

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

1. Data rozpatrzenia wniosku: ........................................................................................
2. **Decyzja Dyrektora:** ..........................................................................................................................................................................................................................................................................

(w przypadku odmowy przyznania pomocy zdrowotnej - uzasadnienie)