Wniosek o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej
Wnioskodawca: ………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

Adres zamieszkania i numer telefonu: ………………………………………………………………………

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

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

Nazwa szkoły, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony:

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

Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej: ………………………………………………

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

Dokumenty załączone do wniosku:

1. 1) kserokopia skierowania, zlecenia, recepty (§ 5 ust. 2 pkt 1 uchwały);
2. 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej
3. (rachunki, faktury);
4. 3) oświadczenie o dochodzie (netto) na osobę w rodzinie:

Oświadczam, że średnia wysokość dochodu (netto) na osobą w mojej rodzinie ze wszystkich źródeł
w okresie trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną
wynosi: …………….. (słownie:…………………………………………………………………………………….).

…………………………………….. …………………………………...

(miejscowość i data) (podpis wnioskodawcy)

Opinia komisji i proponowana wysokość pomocy zdrowotnej: ………………………………………….

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

Podpisy członków komisji:

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

Decyzja dyrektora:

Zgodnie z uchwałą Nr XV/98/07 Rady Powiatu w Białogardzie z dnia 28 grudnia 2007 r.
przyznaję / nie przyznaję\* zasiłek pieniężny w wysokości …………… zł

(słownie złotych: ……………………………………………………………………………………………………….).

……………………………………. …………..…………………………….

(miejscowość i data) (podpis dyrektora szkoły lub placówki)

\*- niepotrzebne skreślić