WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

I .Wnioskodawca……..……

Adres zamieszkania i nr tel..……

Nazwa i adres szkoły, w której wnioskodawca jest (był) zatrudniony…….……

Sytuacja materialna rodziny:

Imię i nazwisko osoby uprawnionej	Dochód rodziny (w roku poprzedzającym złożenie wniosku)*	Ilość członków rodziny będących we wspólnym gospodarstwie	Dochód na członka rodziny	Poniesione koszty leczenia
1	2	3	4	5

* przez dochód rodziny należy rozumieć dochód po odliczeniu podatku, składek na ubezpieczenie zdrowotne, składek na ubezpieczenia społeczne uzyskany przez członków rodziny

Uzasadnienie:
……..……
……
..……
……..……
……..……
……..……
……..……
……..……
……..……
……..……
……..……
……..……

Nr konta bankowego osoby uprawnionej :

…….……...

……
data i podpis wnioskodawcy

II. Decyzja dyrektora szkoły:
...……

…….……
data i podpis dyrektora szkoły

W załączeniu: aktualne zaświadczenie lekarskie, faktury (rachunki).