

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

Wnioskodawca (imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu):

Szkola, w której wnioskodawca jest / był zatrudnionym

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej w związku z:

Uzasadnienie:

Jednocześnie oświadczam, że średnia wysokość dochodu brutto na osobę w mojej rodzinie ze wszystkich źródeł w okresie trzech miesięcy poprzedzających złożenie niniejszego wniosku wynosi:..... słownie:.....

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

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

Ja, niżej podpisany, uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy, zagrożonych karą pozbawienia wolności do lat 3, oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z przyznaniem pomocy zdrowotnej zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883, z późn. zm.).

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

**Opinia komisji ds. pomocy zdrowotnej**

Proponowana wysokość pomocy finansowej: ..... słownie .....

Podpisy członków komisji Zdrowotnej:

**Rozstrzygnięcie Dyrektora:**

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości: ..... słownie .....

Odmawiam przyznania pomocy \*.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

\*- niepotrzebne skreślić