

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania i nr telefonu

.....
Szkoła/placówka, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego.

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....
.....
Do wniosku załączam:

- orzeczenie o niepełnosprawności,
- aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,
- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia w danym roku kalendarzowym,
- oświadczenie o dochodzie przypadającym na jedną osobę w rodzinie, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do regulaminu

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis wnioskodawcy

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

.....
.....
.....
.....
Podpisy członków Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej dla Nauczycieli

.....
.....
.....
.....
Decyzją Prezydenta Miasta Szczecin udzielono/nie udzielono pomocy zdrowotnej w wysokości:

..... zł (słownie złotych):

.....
.....
.....
.....
Uzasadnienie (w przypadku decyzji odmownej)

.....
(podpis Prezydenta)