

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
(Wnioskodawca – imię i nazwisko)

.....
(Adres zamieszkania i nr telefonu)

.....
(Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony)

PESEL.....

NIP.....

Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać otrzymaną pomoc zdrowotną:

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

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie.
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, zakupu leków, sprzętu, itp.
3. Oświadczenie o dochodach netto z trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadających na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodu.
4. Inne (podać jakie)

.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Opinia Dyrektora:

.....

.....

.....

.....

Opinia Komisji i proponowana kwota pomocy zdrowotnej:

.....

.....

.....

Decyzja Zarządu Powiatu Skarżyskiego:

.....

.....

.....

(podpis Przewodniczącego
Zarządu Powiatu Skarżyskiego)