

WO-5/1

**WNIOSEK O PRYZYCNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

.....  
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....  
Adres zamieszkania i nr tel.

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

**Zwracam się z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego.**

**Uzasadnienie:**

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z przewlekłą chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (faktury, rachunki),
- 3) oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny,
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie)

.....  
.....

Nr rachunku bankowego .....

.....  
data i podpis wnioskodawcy

**Opinia dyrektora szkoły:**

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

.....  
(pieczęć szkoły)

.....  
(data i podpis dyrektora)

**Przyznana wysokość świadczenia:** .....

słownie złotych:.....

.....

.....  
Przewodniczący Zarządu Powiatu