

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

1. Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....

2. Adres zamieszkania i nr telefonu kontaktowego

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

3. Szkoła w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

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

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego w kwocie.....

Uzasadnienie

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

W załączeniu wniosku przekazuję:

- a) aktualne zaświadczenie od lekarza specjalisty o chorobie,
- b) dokumenty poświadczające poniesione koszty leczenia lub rekonwalescencji
- c) oświadczenie o dochodach netto przypadających na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku

- inne:

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

.....

miejsce, data

.....

podpis wnioskodawcy