

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

I. DANE WNIOSKODAWCY

Nazwisko i imię _____

Adres _____

Data i miejsce urodzenia _____

Miejsce ostatniego zatrudnienia (szkoła) _____

Nr telefonu kontaktowego _____

Rachunek bankowy: nazwa banku, numer rachunku _____

II. UZASADNIENIE

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę nauczyciela i okres jej trwania wystawione nie wcześniej niż na trzy miesiące przed datą złożenia wniosku;
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, tj. faktury i rachunki potwierdzone za zgodność z oryginałami przez dyrektora lub osobę przez niego upoważnioną;
- 3) oświadczenie nauczyciela o dochodzie brutto przypadającym na jednego członka w jego rodzinie;
- 4) oświadczenie, że koszty, o których mowa w pkt 2, nie zostały zrefundowane przez inny podmiot, np. NFZ, PFRON.
- 5)

data i podpis wnioskodawcy

III. OPINIA DYREKTORA SZKOŁY

miejscowość, data

pieczęć i podpis

IV. OPINIA KOMISJI

miejscowość, data

czytelny podpis przewodniczącego

V. DECYZJA STAROSTY

Przyznaję pomoc zdrowotną w kwocie _____ zł (słownie: _____)

Police, dnia _____

pieczęć i podpis starosty