Załącznik do Regulaminu
funduszu zdrowotnego dla nauczycieli
placówek oświatowych Gminy Błonie

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

……
(wnioskodawca - imię i nazwisko)

……
(adres zamieszkania)

Placówka……

……
(miejsce zatrudnienia)

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną.
Uzasadnienie :
……
……
……
……
……
……

Załączniki do wniosku:

1. ……
2. ……
3. ……
4. ……

Oświadczenie

Oświadczam, że średnia wysokość dochodów mojej rodziny (netto) ze wszystkich źródeł z trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną wynosi:

……*słownie:* ……

…… ……
(Miejscowość, data) *(Podpis wnioskodawcy)*

Opinia Komisji i proponowana wysokość pomocy finansowej :
……
……
……

Podpisy członków Komisj:

1. ……
2. ……
3. ……

Dyrektor …… *przyznaje pomoc zdrowotną w wysokości*

……*słownie: zł* ……

……
(data i podpis)

PRZEWODNICZĄCY RADY
Jacek Fugiewicz