

z dnia

Wnioskodawca (imię i nazwisko, szkoła/placówka oświatowa, miejsce zamieszkania)

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

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Zwracam się o przyznanie pomocy zdrowotnej.

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wnioski przekazuję:

1. zaświadczenie od lekarza pierwszego kontaktu lub specjalisty;
2. kserokopię dokumentów potwierdzających poniesione wydatki na leczenie;
3. oświadczenie o sytuacji materialnej.

Ja niżej podpisany (-a) oświadczam, że za ostatnie trzy miesiące dochody podległe opodatkowaniu wszystkich członków mojej rodziny wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe wyniosły(słownie złotych)

co w przypadku na jedną osobę wynosi.....zł (słownie złotych).
Stwierdzam, że wszystkie dane podałem (-am) zgodnie ze stanem faktycznym, zostałem (-am) pouczone (-a) o odpowiedzialności karnej z art. 233KK (Dz.U. z 1997r. nr 88, poz. 553 z późniejszymi zmianami) za podanie danych niezgodnych z prawdą.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wniosek rozpatrzono na posiedzeniu w dniu

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokościzł. (słownie złotych.....)

Uwagi:

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

.....
(podpis dyrektora)