

Chojnice, dnia

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
.....
(adres zamieszkania i numer telefonu)

.....
(szkoła, placówka oświatowa, w której wnioskodawca był zatrudniony)

**KOMISJA ZDROWOTNA
PRZY ZESPOLE SZKÓŁ PONADGIMNAZJALNYCH NR 1 W CHOJNICACH**

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....
(w załączeniu: aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie potwierdzające poniesione koszty leczenia, oświadczenie o dochodach przypadających na członka rodziny, kopie recept oraz rachunki dokumentujące poniesione koszty leczenia)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów pracy komisji zdrowotnej.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości:

.....
(data i podpis dyrektora)

Chojnice, dnia

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
.....
.....
(adres zamieszkania i numer telefonu)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że średnia wysokość dochodów brutto uzyskanych ze wszystkich źródeł z trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną przeliczona na członka rodziny wynosi zł.

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 271 kodeksu karnego.

.....
(podpis wnioskodawcy)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O LECZENIU

Zaświadczam, że Pani/ Pan

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis lekarza)