**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

……………………………………………………………………………………………..……

Wnioskodawca ( imię i nazwisko )

…………………………………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania i nr telefonu

…………………………………………………………………………………………………...

Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

**Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego.**

Uzasadnienie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..............

W załączeniu do wniosku dołączam (niepotrzebne skreślić):

- aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,

- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia,

- oświadczenie o wysokości osiągniętego dochodu w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej

- kopię ostatniego odcinka emerytury lub renty, w przypadku nauczyciela emeryta lub rencisty.

……………………………………….... ………………………………………….

Miejscowość i data Podpis wnioskodawcy

**Opinia Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej dla Nauczycieli i proponowana wysokość pomocy finansowej**:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Podpisy członków Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej dla Nauczycieli

………………………………………

………………………………………

………………………………………

………………………………………

**Decyzją Dyrektora Szkoły …………………………………….. udzielono/ nie udzielono pomocy zdrowotnej w wysokości ………………zł (słownie złotych: …………………………………………………………………………..)**

…………………………………………….

Podpis dyrektora