

data wpływu

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia.....
3. Miejsce zamieszkania.....
(ulica, nr domu, nr kodu pocztowego, miejscowość)
4. Telefon kontaktowy.....
5. Ilość osób we wspólnym gospodarstwie domowym
6. Zasiłek lub refundację kosztów zakupu środka pomocniczego proszę przekazać na konto nr
7. Uzasadnienie (podać miesięczne koszty wydatków na leczenie):

8. Oświadczenie o dochodach (brutto) na jednego członka rodziny
9. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą
(data i podpis wnioskodawcy)
10. Stanowisko i wysokość dochodów potwierdzonych przez szkołę

1 lł Wykaz załączników :

- Zaświadczenie lekarskie (oprócz informacji o chorobie przewlekłej, proszę podać rodzaj schorzenia)
- Zaświadczenie o dodatkowym zatrudnieniu i zarobkach(brutto)
- Faktury i rachunki (imiennie)
- Inne

12. Decyzja komisji:

Podpisy członków komisji:

- 1
- 2
- 3

Data rozpatrzenia wniosku.