Sosnowiec .....

Wniosek o udzielenie Pomocy Zdrowotnej

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

nr telefonu kontaktowego …….

Emeryt / Nauczyciel* szkoła ……

*** właściwe podkreślić**

Dyrektor Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Sosnowcu

Proszę o udzielenie pomocy zdrowotnej w formie zasiłku pieniężnego określonego regulaminem przyznawania **pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz nauczycieli emerytów i rencistów** korzystających z opieki zdrowotnej.

1. Imię i nazwisko osoby uprawnionej.....
2. Adres zamieszkania …….....
3. Uzasadnienie wniosku .....

   .....

   ……..
4. Opinia lekarza o stanie zdrowia uprawnionego .....

   .....

   rodzaj leczenia .....

   .....

   ……

.....
podpis i pieczęć lekarza

5. Wykaz załączników:

- .....
- .....
- .....

Faktura i inne dokumenty medyczne dołączone do wniosku są do odbioru w ciągu 30 dni od daty dostarczenia wniosku. W przypadku nie odebrania dołączonych dokumentów zostaną one trwale zniszczone.

Oświadczam, **że miesięczny dochód brutto na członka mojej rodziny wynosi (średnia z 3 miesięcy)** ……..…..

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku, wyrażam zgodę na przekazanie przyznanych środków finansowych **na aktualny nr rachunku bankowego:**

.....

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji :
.....

.....

Podpisy członków komisji:

.....

Decyzja dyrektora szkoły w sprawie przyznania świadczenia:

przyznaje* / nie przyznaje* pomoc zdrowotna w kwocie.....zł.

słownie zł .....

Sosnowiec, dnia.....

.....
podpis i pieczęć dyrektora CKZiU

* niepotrzebne skreślić