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

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

…………………………………………………………………………………………..

1. Opinia lekarza o stanie zdrowia uprawnionego ...............................................................

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

rodzaj leczenia ..................................................................................................................

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

……………………………………………………………………………………………

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

 podpis i pieczęć lekarza

1. Wykaz załączników: **w tym łączna kwota poniesionych kosztów na leczenie wynosi……….…zł**
* ..............................................................
* ..............................................................
* ..............................................................

**Oświadczam,** że dochód brutto na członka mojej rodziny **za ostatnie 3 miesiące wynosi** ……………….

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