

**Załącznik nr 1 do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli  
Zespołu Szkół nr 3 w Ostrowcu Świętokrzyskim**

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

.....  
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....  
Adres zamieszkania i numer telefonu

.....  
Nazwa szkoły, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

**Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego.**

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Zaświadczenie lekarskie o chorobie.
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia.
3. Oświadczenie o przeciętnych dochodach (brutto) na jednego członka rodziny, osiągniętych w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających okres ubiegania się o pomoc zdrowotną.
4. Inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie)

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

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

Rekomendacja Komisji:

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

(podpisy członków komisji)

**Decyzja dyrektora szkoły:**

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości .....zł (słownie złotych).....

Nie przyznaję świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej(uzasadnienie)

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

.....

(data i podpis dyrektora)