

**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:

.....  
Do wniosku załączam:

- orzeczenie o niepełnosprawności,
- aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,
- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia w danym roku kalendarzowym,
- oświadczenie o dochodzie przypadającym na jedną osobę w rodzinie, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu

.....  
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 Prezydenta Miasta Szczecin udzielono/nie udzielono pomocy zdrowotnej w wysokości:

..... zł (słownie złotych: .....).

Uzasadnienie (w przypadku decyzji odmownej)

.....  
(podpis Prezydenta)