**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

…………………………………………………………………………………………………...

Nauczyciel (imię i nazwisko)

…………………………………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania, telefon kontaktowy

…………………………………………………………………………………………………...

Czynny, emerytowany, przebywający na rencie, świadczeniu kompensacyjnym- wpisać jedną możliwość

……………………………………………………………………………………………………………………….

Miejsce pracy- dla emerytów/ rencistów byłe miejsce pracy

 **Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego**

**Uzasadnienie:**

*(opis choroby wraz z opisem przebiegu leczenia)*

*.......................................................................................................................................................*

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

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

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

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

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

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

1) zaświadczenie lekarskie stwierdzające przewlekłą lub przebytą chorobę;

2) imienne rachunki dokumentacje poniesione koszty leczenia – szt. ………….;

3) oświadczenie o dochodach brutto przypadających na członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną.

4)……………………………………………………………..;

5)……………………………………………………………..;

……………………………………. …………………………………….

 ( miejscowość i data) (podpis wnioskodawcy)