

Załącznik nr 1
Do Regulaminu Funduszu zdrowotnego

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 1
im. Konstytucji 3 Maja w Kaliszu

WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej

1. Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....

2. Adres zamieszkania i nr telefonu kontaktowego

.....

3. Szkoła w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

.....

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

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

W załączeniu do wniosku przekazuję:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie i chorobie
2. Dokumenty poświadczające 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)

Opinia Komisji*:

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

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

.....
(podpisy członków Komisji Doradczo-Doskonalejcej)

Decyzja dyrektora szkoły:

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej** w wysokościzł
(słownie złotych:)

Nie przyznaję świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej**
(uzasadnienie)
.....
.....

.....
(data i podpis dyrektora)

* wypełnić w przypadku, gdy w szkole została powołana Komisja do rozpatrywania wniosków nauczycieli o pomoc zdrowotną.

** niepotrzebne skreślić