

WNIOSEK
o przyznanie zapomogi z Funduszu Zdrowotnego

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy..... data ur.
2. Adres zamieszkania, telefon.....
3. Staż pracy, w tym w oświacie
4. Członkowie rodziny zamieszkali wspólnie, pozostający na całkowitym lub częściowym utrzymaniu wnioskodawcy:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Miejsce nauki lub pracy

5. Uzasadnienie wniosku (rodzaj choroby, przebieg leczenia, koszt leczenia):

.....

.....

.....

Pouczony/a o treści art. 233 § 1 KK jednocześnie oświadczam, że średni miesięczny przychód brutto ze wszystkich źródeł (po przeliczeniu z ostatnich 3 – ech miesięcy) na 1-go członka w mojej osobowej rodzinie wynosi złotych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby Funduszu Zdrowotnego (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1.
2.
3.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Adnotacja Komisji zdrowotnej o przyznaniu /nie przyznaniu zapomogi*:

1. Ocena wymogów formalnych wniosku: spełnia/nie spełnia*.
2. Po rozpatrzeniu wniosku Komisja Zdrowotna:
 - a) przyznaje zapomogę w wysokości /słownie złotych:,
 - b) nie przyznaje zapomogi /uzasadnienie/

..... dnia

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej

1.
2.
3.

Zatwierdzam do wypłaty

* niepotrzebne skreślić