

## Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

I. Nazwisko i imię wnioskodawcy

.....

II. Adres zamieszkania wnioskodawcy i nr telefonu

.....

III. Numer rachunku bankowego wnioskodawcy

.....

IV. Nazwa szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony

.....

V. Uzasadnienie, potwierdzające fakt korzystania z opieki zdrowotnej ( zgodnie z wydanym zaświadczeniem lekarskim) oraz opis poniesionych kosztów związanych z leczeniem

.....

.....

.....

VI. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że łączne dochody z ostatnich 3 miesięcy, przypadające na jednego członka rodziny wynosiły..... złotych brutto.

2. Będąc wnioskodawcą zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić organ, który przyznał pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tejże pomocy. Nienależnie pobrana z tytułu pomocy zdrowotnej należność, będzie podlegała zwrotowi.

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

.....

.....

(miejsowość, data)

(czytelny podpis wnioskodawcy)

### **Decyzja Burmistrza Wielenia**

VIII. Przyznaję\* świadczenie w kwocie.....zł  
(słownie:.....)

IX. Nie przyznaję świadczenia\*

Uzasadnienie.....

.....

.....

(data i podpis Burmistrza Wielenia)

\* *niepotrzebne skreślić*