WNIOSEK O PRZYZNANIE ZAPOMOGI ZDROWOTNEJ
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Miejsce pracy

.....
Miejsce zamieszkania

.....

Proszę o przyznanie zapomogi zdrowotnej.
Poniesione koszty związane były
z ….....

……...
(rodzaj poniesionych kosztów)

w kwocie ….....
Oświadczam, iż dochód na członka rodziny wynosi ….....

Kielce, dnia ....
(podpis pracownika)

Wymagane załączniki:
a) rachunki potwierdzające koszty leczenia – do wglądu,
b) zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie wystawione przez lekarza prowadzącego.

Adnotacje o przyznaniu świadczenia :
Komisja Zdrowotna
przyznała świadczenie
w wysokości .....
(słownie
złotych: .....
Komisja Zdrowotna :
1.....
2.....
3.....
4.....

ZATWIERDZAM:

.....
(data i podpis Dyrektora Szkoły)