

Załącznik nr 1 do Regulaminu

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**.....  
Wnioskodawca (imię i nazwisko).....  
Adres zamieszkania i nr telefonu.....  
Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony.....  
Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego.

Uzasadnienie:

.....  
Do wniosku załączam:

- orzeczenie o niepełnosprawności,  
 aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,  
 dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia w danym roku kalendarzowym,  
 oświadczenie o dochodzie przypadającym na jedną osobę w rodzinie, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu

.....  
Miejscowość i data.....  
Podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej dla Nauczycieli i proponowana wysokość pomocy finansowej:

.....  
Podpisy członków Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej dla Nauczycieli.....  
Decyzją Prezydenta Miasta Szczecin udzielono/nie udzielono pomocy zdrowotnej w wysokości:

..... zł (słownie złotych: .....

.....  
Uzasadnienie (w przypadku decyzji odmownej).....  
(podpis Prezydenta)