

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nazwa szkoły/przedszkola, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony)

Do Burmistrza Wyszkowa

**WNIOSEK O PRYZNANIE
ZAPOMOZI PIENIĘŻNEJ
Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO**

Uzasadnienie wniosku

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

.....
Do wniosku dołączam: (* *niepotrzebne skreślić*)

1. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające przewlekłą chorobę /lub kserokopię zwolnienia lekarskiego/*.
2. Oświadczenie o dochodach brutto przypadających na członka rodziny.*
3. Odcinek emerytury lub renty z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku /lub inny dokument potwierdzający wysokość emerytury lub renty/*.
4. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia na kwotę.....zł.*

.....
.....
.....
5. Inne dokumenty

Jednocześnie oświadczam, że korzystałem(łam) / nie korzystałem(łam)* z pomocy finansowej z innych źródeł

(należy podać rok i wysokość zasiłku)

z funduszu zdrowotnego

(należy podać rok dofinansowania i wysokość zapomogi)

.....
(pieczęć dyrektora szkoły)

.....
(podpis wnioskodawcy)