Załącznik nr 1 do Regulaminu

WNIOSEK o przyznanie pomocy zdrowotnej

…………………………………………………

imię i nazwisko wnioskodawcy

…………………………………………………

adres zamieszkania i numer telefonu

…………………………………………………

nazwa szkoły, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

 Komisja Świadczeń Pomocy Zdrowotnej

w Zespole Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego im. W. Witosa

w Suwałkach

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu zdrowotnego w formie częściowego zwrotu kosztów zakupu (leczenia)\*……………………………………………….........................

………………………………………………………………………………………………...............................

**Uzasadnienie:**

………………...…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Numer rachunku bankowego wnioskodawcy: ………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………...

Oświadczam, że w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku dochody brutto moje i wszystkich członków mojej rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe, wyniosły:

1. Dochód wnioskodawcy .……………………………………………………..
2. Dochód współmałżonka i członków rodziny

 pozostających we wspólnym gospodarstwie

 domowym ……………………………………………………...

1. Razem dochód z 3 miesięcy …..………………………………………………….
2. Średni miesięczny dochód na członka rodziny ……..……………………………………….............

Oświadczam, że z tej formy pomocy korzystałem(am) w roku ……………………………………………….

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

……………………………………………… ……..…………………………………………..

miejscowość, data podpis wnioskodawcy

Do wniosku załączam: *(dokumenty potwierdzające leczenie oraz poniesione koszty leczenia)*

1. ………………………………………………………………………………………………...……….
2. …………………………………………………………………………………………………............
3. …………………………………………………………………………………………………............
4. …………………………………………………………………………………………………............

**Opinia Komisji świadczeń pomocy zdrowotnej w Zespole Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego im. W. Witosa w Suwałkach:**

1. Ocena wymogów formalnych wniosku: spełnia (nie spełnia)\*.
2. Po rozpatrzeniu wniosku Komisja świadczeń pomocy zdrowotnej proponuje:

a) przyznać pomoc zdrowotną w wysokości: ……………………………………………………… zł

uzasadnienie: ………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

b) nie przyznać pomocy zdrowotnej

uzasadnienie: ………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Suwałki, dnia …….……………………

Podpisy członków Komisji:

1. ……………………………………….

2. …………………………….................

3. ………………………………………

4. ……………………………………….

**Decyzja dyrektora Zespołu Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego im. W. Witosa w Suwałkach:**

1. o przyznaniu pomocy zdrowotnej w wysokości: ……………………………………..………………

(słownie złotych: ..…………………………………………………………………………............…)

1. o odmowie przyznania pomocy zdrowotnej z powodu: ………………………………………...........

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……..

Suwałki, dnia ………………………….. ………………………………………….

 pieczęć i podpis dyrektora szkoły

\* niepotrzebne skreślić