

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

Wnioskodawca .....  
(imię i nazwisko)

Adres zamieszkania: .....

Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony:

.....

Wynagrodzenie miesięczne brutto wnioskodawcy: .....

Wynagrodzenie miesięczne brutto współmałżonka: .....

Inne dochody: .....

Dochód miesięczny na 1 członka rodziny: .....

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za podanie nieprawdziwych danych oświadczam, że powyższe dane są prawidłowe.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku przez Urząd Gminy Grodziczno dla potrzeb Funduszu Zdrowotnego zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.)

.....  
podpis wnioskodawcy

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego.

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

Opinia lekarska:

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

.....  
podpis lekarza

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy:

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

Podpisy Komisji:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....

Decyzja Wójta Gminy Grodziczno:

Zgodnie z uchwałą budżetową Wójt Gminy Grodziczno przyznał / nie przyznał pomoc zdrowotną w wysokości ..... zł (słownie złotych

.....

.....

podpis Wójta lub osoby upoważnionej