

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
(wnioskodawca – imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania i nr telefonu)

.....
(szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie mi zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną.
Uzasadnienie:

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

W załączniku do wniosku przekładam:

1.
2.
3.
4.
5.

Oświadczenie

Oświadczam, że **średnia wysokość moich dochodów (netto) ze wszystkich źródeł z trzech miesięcy** poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną wynosi:

..... słownie

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Opinia Komisji i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Podpisy członków Komisji:

1.
2.
3.

Wójt Gminy Dobryczyce przyznaje/nie przyznaje pomoc zdrowotną w wysokości.....

słownie.....

(kwota)

.....
data i podpis