

WNIOSEK
do Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej

Część I

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy
2. Adres zamieszkania, telefon
3. Miejsce pracy

Proszę o udzielenie mi pomocy ze środków przeznaczonych na pomoc zdrowotną z powodu:

.....

.....

.....

.....

.....

Część II

Oświadczam, że w ostatnich trzech miesiącach moja rodzina uzyskała dochody netto w podanych niżej wysokościach:

1. Dochód netto wnioskodawca
2. Dochód netto współmałżonka lub członka rodziny
3. Razem netto dochód z 3 miesięcy
4. Przeciętny miesięczny dochód netto na 1 osobę w rodzinie

Oświadczam, że z powyższego dochodu poza mną utrzymują się następujące osoby:

- a.
- b.
- c.
- d.

Oświadczam, że z podobnej formy pomocy korzystałem/am w roku

Prawidłowość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy/a odpowiedzialności regulaminowej i karnej (art. 247 § I kk). Jednocześnie, wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby Funduszu Zdrowotnego (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - tj. Dz. U z 2002 r Nr 101, poz. 926 z póź. zm.)

W załączeniu do wniosku przekładam:

1.
2.
3.
4.
5.

.....
(miejsowość, dnia)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Część III

Adnotacje Komisji o przyznaniu/nie przyznaniu wsparcia ze środków przeznaczonych na pomoc zdrowotną. Ustalenie prawa do przyznania wsparcia:

1. Łączny dochód netto z 3 m-cy
 2. Przeciętny miesięczny dochód na 1 osobę w rodzinie
 3. Po rozpatrzeniu wniosku proponuje się przyznać pomoc zdrowotną w wysokości
- słownie złotych

Nie przyznaje się wsparcia ze środków przeznaczonych na pomoc zdrowotną/uzasadnienie

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
..... dnia

Podpisy członków Komisji

Zatwierdzam do wypłaty

1.
2.
3.
4.
5.

.....