Załącznik 1

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania i numer telefonu

Szkoła, w której wnioskodawca jest zatrudniony lub był.....
Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego.
Uzasadnienie:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Oświadczam, że średni miesięczny dochód (netto) przypadający na jednego członka rodziny będącego w wspólnym gospodarstwie domowym z trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc wynosi.....
Słownie:.....

Oświadczam, że zapoznałem / zapoznałam się z Regulaminem Funduszu Zdrowotnego oraz klauzulą informacyjną dla osób korzystających z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych oraz pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

Do wniosku załączam:
- aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,
- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia.

.....
miejscowość, data i podpis wnioskodawcy

Komisja ds. Pomocy Zdrowotnej dla Nauczycieli pozytywnie / negatywnie zaopiniowała wniosek.
Proponowana pomoc finansowa .....zł.
Słownie:.....

Podpisy członków Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej dla Nauczycieli.

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

Decyzją dyrektora Centrum Mistrzostwa Sportowego udzielono / nie udzielono pomocy zdrowotnej w wysokości .....zł.
Słownie: .....

.....
(podpis dyrektora)