

**Wójt Gminy Wielopole Skrzyńskie**  
**Wielopole Skrzyńskie 200**  
**39-110 Wielopole Skrzyńskie**

**WNIOSEK**

**o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli**

Wnioskodawca:

1. Nauczyciel .....  
(imię i nazwisko/czynny, emeryt, przebywający na rencie, św. kompensacyjnym – wpisać)
2. Adres zamieszkania.....
3. Miejsce pracy .....  
(obecne / dla emerytów, rencistów byłe – wpisać)
4. Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną:  
.....
5. Ze środków na pomoc zdrowotną korzystałem/am:  
.....  
(należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej)

Uzasadnienie wniosku:

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu pomocy zdrowotnej  
(opisać przyczynę)

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

**Oświadczenie o dochodach**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto wyliczony za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, wyniósł w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę ..... zł brutto (słownie złotych: .....)

.....  
(Data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

1. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające stan zdrowia i konieczność leczenia (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku)
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem lub zakupem leków albo sprzętu medycznego, korzystaniem z usług rehabilitacyjnych lub inne koszty poniesione w związku z długotrwałym leczeniem szpitalnym lub specjalistycznym za okres 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku,
3. Inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy  
.....  
.....  
.....

.....  
(Data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**Decyzja Wójta Gminy Wielopole Skrzyńskie**

- 1) Postanawiam przyznać Pani/Panu pomoc zdrowotną , w wysokości .....zł.  
(słownie złotych: .....)
- 2) Odmawiam przyznania Pani/Panu pomocy zdrowotnej (uzasadnienie) .....  
.....  
.....

(pieczętka i podpis Wójta Gminy)

.....  
(miejsowość i data)