

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. Imię i nazwisko uprawnionego .....
2. Adres zamieszkania i nr telefonu .....
3. Wymiar czasu pracy ..... 4. PESEL .....
5. Potwierdzenie, że wnioskodawca jest nauczycielem/emerytem/rencistą - ostatnie miejsce pracy przed przejściem na emeryturę lub rentę (podać pełną nazwę szkoły, zespołu szkół lub placówki oświatowej): .....

.....  
(data i podpis dyrektora szkoły/placówki)

6. Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej. Uzasadnienie złożonego wniosku:  
.....  
.....  
.....  
.....

7. Rok, w którym poprzednio otrzymano pomoc zdrowotną .....

W załączeniu przedkładam:

- 1) kartę informacyjną z leczenia szpitalnego/sanatoryjnego\*;  
2) uzasadnienie wniosku potwierdzone przez lekarza na formularzu wniosku/załączone zaświadczenie lekarskie\*, z określeniem choroby długotrwałej lub przewlekłej;  
3) inne dokumenty potwierdzające koszty leczenia: .....

8. Oświadczenie o dochodzie rocznym netto przypadającym na jednego członka rodziny ....., dotyczy członków rodziny pozostających, wraz z wnioskodawcą, we wspólnym gospodarstwie domowym.

9. Sposób wypłaty pomocy zdrowotnej: wypłata w kasie Starostwa Powiatowego w Nakle nad Notecią/przelew\* (wpisać numer konta bankowego): .....

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

\* niepotrzebne skreślić

10. Potwierdzenie uzasadnienia wniosku przez lekarza (w tym koniecznie określenie czy choroba jest przewlekła/długotrwała, a także konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, aparatury medycznej, noszenia szkieł korekcyjnych, leczenia stomatologicznego ze względów zdrowotnych):

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

.....

(data i podpis, wraz z pieczęcią lekarza)