**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

…...............................................................................................................................................

(wnioskodawca – imię i nazwisko)

…...............................................................................................................................................

…...............................................................................................................................................

(adres zamieszkania i nr telefonu)

…...............................................................................................................................................

(szkoła/placówka, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony)

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie mi zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną.

**Uzasadnienie:**

…...............................................................................................................................................

…...............................................................................................................................................

…...............................................................................................................................................

…...............................................................................................................................................

…...............................................................................................................................................

…...............................................................................................................................................

…...............................................................................................................................................

…...............................................................................................................................................

…...............................................................................................................................................

…...............................................................................................................................................

Nr rachunku bankowego: (jeżeli wnioskodawca prosi o przekazanie świadczenia na rachunek)

…...............................................................................................................................................

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie.

2. Oświadczenie.

3. ….........................................................................................................................................

4. ….........................................................................................................................................

….......................................................... …........................................................

 (miejscowość i data) (czytelny podpis wnioskodawcy)