Sosnowiec, dnia………………….

**WNIOSEK O ZAPOMOGĘ ZDROWOTNĄ**

1. Nazwisko i imię…………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ( telefon )………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………..

1. Nauczyciel czynny, emeryt, rencista\*
2. Sposób nawiązania stosunku pracy……………………………………………………...

Wymiar czasu pracy……………………………………………………………………..

1. Dochód przypadający na 1 członka w rodzinie………………………………………….
2. dochód wnioskodawcy brutto……………………………………………………….
3. dochód współmałżonka brutto………………………………………………………
   1. Opinia lekarza o stanie zdrowia wnioskodawcy:
4. rodzaj schorzenia

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. leczenie ambulatoryjne, leczenie szpitalne\*
2. nazwa leków, które wnioskodawca jest zmuszony przyjmować w trakcie leczenia

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. rodzaj badań nie objętych ubezpieczeniem społecznym, które wnioskodawca w ramach leczenia powinien przeprowadzić.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sosnowiec, dnia………………… podpis i pieczęć lekarza:

* Załączniki do wniosku potwierdzającego poniesione koszty związane z leczeniem

( rachunki uproszczone, vatowskie ), wyszczególnić nazwę leku.

1. …………………………………………………………………………………….

2………………………………………………………………………………………

3………………………………………………………………………………………

4……………………………………………………………………………………….

5………………………………………………………………………………………

6………………………………………………………………………………………

7………………………………………………………………………………………

Komisja na posiedzeniu w dniu…………………………………………………………

Przyznała jednorazową zapomogę w kwocie……………………………………………

Słownie:…………………………………………………………………………………

Uwagi Komisji:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

1………………………

2………………………

3………………………

4………………………