……………………………………………, dn. …………………………………..

(miejscowość)

**Dyrektor**

**ZPSM im. F. Chopina**

**w Warszawie**

**Wniosek o udzielenie pomocy zdrowotnej**

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

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………………….

Stanowisko (funkcja)……………………………………………………………………………………..

Uzasadnienie wniosku

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

Do wniosku załączono:

1. Zaświadczenia (lekarskie, o pobycie w szpitalu itp.)

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

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

2. Rachunki lub faktury potwierdzające wydatek związany z leczeniem lub zakupem

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

3. Oświadczenie o uzyskanych dochodach z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

Oświadczam, że mój dochód netto z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi ……………………………………………..

**Prawdziwość informacji i danych złożonych w niniejszym wniosku oraz w załączonych dokumentach potwierdzam własnym podpisem.**

…………………………………………………..

(data i podpis nauczyciela)

**Decyzja o przyznaniu/nieprzyznaniu świadczenia:**

Przyznano świadczenie w wysokości ……………………….. zł (słownie: …………………….……………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..……)

Świadczenie nie przyznano z powodu: …………………………………………………………………………………………………………………….

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

…………………………………………………..

(data i podpis dyrektora)