

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)
.....

.....
(adres zamieszkania)

Wniosek
o przyznanie świadczenia pomocy zdrowotnej

I. WNIOSKUJĘ O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ W ROKU
..... DLA:

1. Imię i nazwisko nauczyciela:
2. Adres zamieszkania:
3. Nazwa banku i numer konta (lub inna forma odbioru świadczenia):
4. Wnioskowana forma pomocy zdrowotnej:

L.p.	Forma pomocy	Zaznaczyć odpowiednio znakiem „x”
1.	Zapomoga zdrowotna w przypadku długotrwałego lub przewlekłego leczenia	
2.	Refundacja zakupu leków	
3.	Refundacja kosztów dojazdu na leczenie i pobyt w szpitalu	
4.	Refundacja kosztów zabiegów medycznych	
5.	Refundacja kosztów pomocy leczniczej specjalistycznej	
6.	Refundacja dodatkowej opieki w czasie choroby	
7.	Refundacja kosztów usług rehabilitacyjnych	

5. Złożenie wniosku uzasadniam:

L.p.	Forma pomocy	Zaznaczyć odpowiednio znakiem „x”
1.	Przewlekła choroba	
2.	Długotrwałym leczeniem szpitalnym połączonym z koniecznością dalszego leczenia w domu	
3.	Długotrwałym leczeniem specjalistycznym	
4.	Koniecznością zakupu szkieł korekcyjnych lub aparatu słuchowego	
5.	Stosowaniem profilaktyki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych	

6. Do wniosku dołączam dokumenty potwierdzające zasadność udzielenia pomocy zdrowotnej, w tym oświadczenie o dochodach brutto przypadające na członka rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną, aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia oraz kopie rachunków poniesionych kosztów leczenia:.....
.....
.....

7. Inne istotne informacje, o których powinien wiedzieć organ przyznający świadczenie:
.....
.....
.....

.....
(podpis wnioskodawcy)

II. Decyzja organu w sprawie przyznania/nieprzyznania * pomocy zdrowotnej.
.....
.....

.....
(oznaczenie organu)

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis i pieczęć organu)