

Załącznik

do zasad przyznawania świadczenia
w ramach pomocy zdrowotnej

BURMISTRZ MONIEK

WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA NA POMOC ZDROWOTNĄ

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy

2. Adres zamieszkania

3. Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

.....

4. Uzasadnienie składanego wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku.

6. Załączniki do wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

7. Oświadczenie o wysokości dochodów:

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)

..... oświadczam,

że wysokość średnich miesięcznych dochodów (netto) w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, wyliczona za ostatnie trzy miesiące poprzedzające miesiąc złożenia wniosku wynosi zł (słownie)

.....

.....

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Opinia Komisji:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpisy Członków Komisji:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Decyzja Burmistrza:

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości: zł (słownie złotych:).

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis)