WNIOSEK O ZAPOMOGĘ ZDROWOTNĄ
NAUCZYCIEL EMERYT, RENCISTA

1. Nazwisko i imię.....

   adres zamieszkania /telefon/.....

   .....

2. Opinia lekarza o stanie zdrowia:

   a/rodzaj schorzenia.....

   .....

   .....

   b/ leczenie : ambulatoryjne, szpitalne /właściwe podkreślić/

   c/ nazwa leków, które wnioskodawca zmuszony jest przyjmować w trakcie leczenia.....

   .....

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

   .....

4. Załączniki do wniosku

   Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów brutto przypadających na jednego członka rodziny nauczyciela za okres trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku.

.....

.....

.....

.....

.....

podpis wnioskodawcy

Decyzją Komisji z dnia..... przyznano Pani.....

zapomogę zdrowotną w kwocie..... słownie.....

Nie przyznano z powodu:.....

Podpisy Komisji

.....

.....

.....