Załącznik nr 1

 do Regulaminu działania Komisji Zdrowotnej

 w Powiatowym Zespole Szkół

 Ponadpodstawowych w Serocku

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

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

(wnioskodawca - imię i nazwisko)

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

(adres zamieszkania)

............................................................................................................................................................................

(miejsce zatrudnienia)

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną .

Uzasadnienie :

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

**Załączniki do wniosku:**

1. …………………………………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………………………………......
3. …………………………………………………………………………………………...
4. …………………………………………………………………………………………...

**Oświadczenie**

Oświadczam, że miesięczny dochód netto na jednego członka rodziny (obliczany zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2015r, poz. 114 j. t.) z roku poprzedzającego rok, w którym przyznawana jest pomoc zdrowotna, wynosi:

…………………………….słownie:…………………………………………………………....

………………………………………. …………………………………………

 (Miejscowość, data ) ( Podpis wnioskodawcy)

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Dyrektor Powiatowego Zespołu Szkół Ponadpodstawowych w Serocku przyznaje / nie przyznaje pomoc zdrowotną

w wysokości ……………………słownie: zł …………………………………………………..

…………………………….

 ( data i podpis)