**Załącznik** **do regulaminu określającego warunki i sposób**

**przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli w szkołach**

**podstawowych i gimnazjach prowadzonych przez Gminę Krokowa**

**oraz rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy.**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

Wnioskodawca (imię i nazwisko): ….……………………………………………………………..……….

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

numer telefonu: ……………….………………………………………………………….………….

Nazwa szkoły, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony:

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

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

**Zwracam si**ę **z pro**ś**b**ą **o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego.**

Uzasadnienie: …………………………………….……………………………………………………………………..…….

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

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

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

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

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

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

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające stan wymagający udzielenia pomocy;

2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia;

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

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

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

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

Zgodnie z Regulaminem będącym załącznikiem do Uchwały Nr XXVII/196/2008 Rady Gminy Krokowa dnia 30 maja 2008 roku przyznano pomoc zdrowotną w wysokości :

……….……..…. zł słownie: ………………..………………..………………..……………………..….zł)

……………………………………………..

Data, pieczęć i podpis dyrektora szkoły