

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

Data wpływu.....

DANE WNIOSKODAWCY

IMIE	
NAZWISKO	
ADRES ZAMIESZKANIA	
NR TELEFONU	
STATUS NAUCZYCIELA <i>(zaznaczyć właściwe)</i>	<input type="checkbox"/> nauczyciel czynny zawodowo <input type="checkbox"/> emeryt <input type="checkbox"/> rencista <input type="checkbox"/> pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne
MIEJSCE ZATRUDNIENIA / OSTATNIE MIEJSCE ZATRUDNIENIA	

Proszę o przyznanie pomocy zdrowotnej w związku z długotrwałą chorobą i wynikającym z tego tytułu:
(zaznaczyć właściwe)

- leczeniem szpitalnym i poszpitalnym,
- leczeniem specjalistycznym w tym: badaniami diagnostycznymi i konsultacjami lekarskimi,
- korzystaniem z usług rehabilitacyjnych i sanatoryjnych,
- zakupem leków i innych środków farmaceutycznych,
- zaangażowaniem niezbędnej opieki medycznej i transportu medycznego,
- zakupem niezbędnego sprzętu ortopedycznego, rehabilitacyjnego lub środków pomocniczych (m.in. aparaty słuchowe, okulary korekcyjne, protezy, materiały opatrunkowe itp.).

UZASADNIENIE WNIOSKU

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data).....
(czytelny podpis nauczyciela)

