

Załącznik do uchwały Nr XIII/124/2007
Rady Miejskiej w Murowanej Goślinie
z dnia 17 grudnia 2007 r.

Wniosek o przyznanie środków z funduszu zdrowotnego
/ wzór /

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres do korespondencji i nr tel.)

.....
(nazwa szkoły lub placówki)

.....
(nazwa banku i nr konta)

1. Wnioskowana forma pomocy zdrowotnej:

Lp.	Forma pomocy	Zaznaczyć odpowiednio znakiem „X”
1.	Zapomoga zdrowotna w przypadku długotrwałego lub przewlekłego leczenia	
2.	Zasilek na zakup leków	
3.	Refundacja kosztów dojazdów na leczenie i pobyt w szpitalu	
4.	Opłata za zabiegi i operacje	
5.	Refundacja kosztów pobytu w sanatorium, uzdrowisku lub na turnusie rehabilitacyjnym	
6.	Refundacja kosztów specjalistycznej pomocy leczniczej	
7.	Refundacja dodatkowej opieki w czasie choroby	
8.	Refundacja zakupu okularów.	

3. Złożenie wniosku uzasadniam:

Lp.	Forma leczenia	Zaznaczyć odpowiednio znakiem „X”
1.	Leczeniem w innej miejscowości z powodu braku placówki służby zdrowia w miejscu zamieszkania lub miejscu pracy	
2.	Leczeniem z powodu przewlekłej choroby lub wyjątkowo ciężkim jej przebiegiem	
3.	Korzystaniem ze specjalistycznej pomocy leczniczej poza miejscem zamieszkania lub miejscem pracy	
4.	Opłaceniem zabiegów leczniczych w sanatoriach, uzdrowiskach lub ośrodkach rehabilitacyjnych	
5.	Korzystaniem z dodatkowej opieki w czasie choroby	

4. Inne istotne informacje, o których powinien wiedzieć organ przyznający świadczenie:

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

5. Do wniosku dołączam dokumenty potwierdzające zasadność udzielenia pomocy zdrowotnej, w tym stwierdzające wysokość miesięcznego dochodu brutto na osobę w rodzinie, zaświadczenie o leczeniu oraz kopie rachunków poniesionych kosztów leczenia:

Załączniki:

1.
2.
3.
4.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji zadań związanych z niniejszym wnioskiem, wynikających z obowiązujących przepisów prawa.

.....
.....
(data i podpis wnioskodawcy)

OPINIA KOMISJI

wraz z proponowaną kwotą świadczenia z funduszu zdrowotnego

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

.....
(data posiedzenia komisji)

Podpisy członków komisji:

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

DECYZJA DYREKTORA

**Przyznaję / nie przyznaję* pomoc zdrowotną w wysokości zł,
(kwota)**

słownie złotych

.....
(data i podpis dyrektora)

- - niewłaściwe skreślić