

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

Data wpływu.....

**DANE WNIOSKODAWCY**

<b>IMIĘ</b>	
<b>NAZWISKO</b>	
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>	
<b>NR TELEFONU</b>	
<b>STATUS NAUCZYCIELA</b> <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
<b>MIEJSCE ZATRUDNIENIA / OSTATNIE MIEJSCE ZATRUDNIENIA</b>	

**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)



