

**WNIOSEK**  
**do Komisji Zdrowotnej o przyznanie zapomogi z Funduszu Zdrowotnego**

**Część I**

Nazwisko i imię wnioskodawcy: .....

adres zamieszkania, telefon .....

Proszę o udzielenie mi zapomogi z Funduszu Zdrowotnego z powodu:

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

Przyznaną zapomogę proszę wpłacić na konto: .....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**Część II**

Po sprawdzeniu wymogów formalnych danych zawartych w **części III** wniosku i rozpatrzeniu zasadności udzielenia pomocy finansowej, Komisja Zdrowotna proponuje przyznać zapomogę w wysokości:

..... słownie złotych .....

Uzasadnienie: *(w przypadku nieprzyznania zapomogi)*

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

..... dnia .....

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej

Zatwierdzam do wypłaty

1. ....

.....

2. ....

3. ....

4. ....

### Część III

1. Oświadczam, że:

- 1) miesięczny dochód **brutto** na 1 osobę w mojej rodzinie w ostatnich trzech miesiącach wyniósł .....
- 2) we wspólnym ze mną gospodarstwie pozostają następujące osoby:
  - a) .....
  - b) .....
  - c) .....
  - d) .....
  - e) .....
- 3) z tej formy pomocy ostatnio korzystałem(am)w roku .....

2. Prawidłowość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy(a) odpowiedzialności regulaminowej i karnej (art. 247 § 1 kk).

3. Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zespół Szkół Ekonomiczno-Technicznych w Rakowicach Wielkich, w celu realizacji niniejszego wniosku.

4. W załączeniu do wniosku załączam:

- 1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające stan zdrowia, wydane przez lekarza - specjalistę właściwego dla rodzaju choroby.
- 2) oryginały imiennych faktur i rachunków potwierdzających koszty leczenia.
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....

.....  
(miejscowość, dnia)

.....  
(podpis wnioskodawcy)