

data wpływu

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. Imię i nazwisko

.....

2. Miejsce zameldowania

.....

(ulica, nr domu, nr kodu pocztowego, miejscowość)

3. Zasiłek lub refundacja kosztów zakupu środka pomocniczego proszę przekazać na konto
nr

4. Uzasadnienie:

.....

.....

.....

5. Oświadczenie o dochodach:

Oświadczam, że całkowity miesięczny dochód netto na 1 osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi:

6. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą

.....

(data i podpis wnioskodawcy)

7. Wykaz załączników:

- Zaświadczenie lekarskie
- Zaświadczenie o dodatkowym zatrudnieniu i zarobkach (brutto)
- Inne

8. Decyzja komisji:

.....

.....

Podpisy członków komisji:

.....

.....

.....

.....

.....

data rozpatrzenia wniosku