

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
(wnioskodawca – imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania i nr telefonu)

.....
(szkoła/ placówka, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony)

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną.

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1.

.....

2.

.....

3.

.....