

Dyrektor.....

## **WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

.....  
(Wnioskodawca – imię i nazwisko)

.....  
(Adres zamieszkania i nr telefonu)

.....  
(Szkoła/przedszkole, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony)

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego.

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku składam:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie.
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia.