Załącznik

do Uchwały nr XIV/71/08

Rady Powiatu w Świdwinie

z dnia 28 lutego 2008 r.

**WNIOSEK
o przyznanie pomocy finansowej z Funduszu Zdrowotnego**

**Część I**

1.  Imię i nazwisko wnioskodawcy

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

2.  Adres zamieszkania, telefon

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

Proszę o przyznanie mi pomocy finansowej z Funduszu Zdrowotnego z powodu:

......................................................................................................................................... …………………………………………….

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Część II**

Oświadczam, że w ostatnich trzech miesiącach moja rodzina uzyskała dochody w podanych niżej wysokościach:

1. Dochód wnioskodawcy …………………………………………….…………………….

2. Dochód współmałżonka i członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

…………………………………………….………………………………………………………………………………………………………

3. Razem dochód z 3 miesięcy .……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. Przeciętny miesięczny dochód na 1 osobę w rodzinie……………………………………...............................................................

Oświadczam, że z powyższego dochodu poza mną utrzymują się następujące osoby:

a/ …………………………………………………..

b/ …………………………………………………..

c/ …………………………………………………..

Oświadczam, że z tej formy pomocy korzystałem/am w roku ………………………………..

Prawidłowość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy/a odpowiedzialności regulaminowej i karnej (art. 247 § 1 kk). Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moim danych osobowych na potrzeby Funduszu Zdrowotnego (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.)

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. ………………………………………………………………………………………………………………………………………..
5. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
6. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
7. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
8. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
9. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
10. ………………………………………………………………………………………………………………………………………...

...............................................        ..................................................
(miejscowość, dnia)     (podpis wnioskodawcy)

**Część III**

Adnotacja Komisji zdrowotnej o przyznaniu/nie przyznaniu zapomogi:

1. Ocena wymogów formalnych wniosku: spełnia/niespełnia

2. Po rozpatrzeniu wniosku Komisja Zdrowotna proponuje przyznać zapomogę w wysokości

………………….….. słownie złotych ……………………………………………………………………………………………………

Nie przyznaje się zapomogi /uzasadnienie/ ………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………… dnia ………………………………….

Skład Komisji Zdrowotnej Podpisy

1. ………………………………………………… ……………...........................

2. ………………………………………………… ……………………………………..

3. ………………………………………………… ……………………………………... Zatwierdzam do wypłaty

4. ………………………………………………… ………………………………………..

5. ………………………………………………… ………………………………………… …………………………………………….