

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres

Czarnków,

.....
Status nauczyciela (naucz. czynny, emeryt, rencista)

Zarząd Powiatu
Czarnkowsko-Trzcianeckiego

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ
DLA NAUCZYCIELI, NAUCZYCIELI EMERYTÓW I RENCISTÓW**

I Część wypełniana przez wnioskodawcę

1. Kryteria, określone w §2 załącznika do uchwały Rady Powiatu nr VI/54/2011 z dnia 29 marca 2011r., z pośród których co najmniej jedno spełnia wnioskodawca (właściwie zaznaczyć):

- leczy się w innej miejscowości z powodu braku placówki służby zdrowia w ich miejscu zamieszkania,
 leczy się w miejscu zamieszkania z powodu przewlekłej choroby lub gdy przebieg choroby nauczyciela jest wyjątkowo ciężki,
 korzysta z leczenia specjalistycznego w innej miejscowości, w sytuacji gdy placówka służby zdrowia w ich miejscu zamieszkania takiego leczenia nie prowadzi,
 wymaga długotrwałej rehabilitacji.

2. Wykaz dokumentów potwierdzających sytuację określoną w punkcie 1:

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

3. Krótki opis stanu zdrowia wnioskodawcy i okoliczności mające wpływ na sytuację np. materialną wnioskodawcy.

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

4. Wysokość kosztów ponoszonych przez pacjenta w związku z leczeniem

5. Wysokość dochodu brutto na członka rodziny miesięcznie

6. Ostatnia pomoc uzyskana przez wnioskodawcę ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną:

rok kwota

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procedury przyznania pomocy zdrowotnej.

.....
podpis wnioskodawcy

