…………………………………………. ………………………………

 imię i nazwisko miejscowość, data

…………………………………………..

 adres zamieszkania , telefon

…………………………………………..

 nazwa placówki

…………………………………………...

 stanowisko

**WNIOSEK**

**o przyznanie zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną**

Proszę o przyznanie mi zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną.

Uzasadnienie wniosku:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Załączniki

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

 Jednocześnie oświadczam, że w stosunku do złożonego oświadczenia o średnich dochodach brutto na członka rodziny w 20…..r. nie zaszły / zaszły istotne zmiany\*

/Jeśli zaszły podać jakie i przedstawić odpowiednią dokumentację/

Przyznane środki proszę przelać na konto bankowe nr ………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………

 podpis wnioskodawcy

**Decyzja o przyznaniu świadczenia:**

Przyznano/ nie przyznano\*zasiłek/ku pieniężny/ego w kwocie: ……………….. zł

(słownie ………………………………………………………………………………………)

……………………………… ………………………………

 miejscowość, data pieczątka imienna, podpis dyrektora ZSP w Grotnikach

\*niepotrzebne skreślić