

## WNIOSEK

### o przyznanie świadczenia pieniężnego na pomoc zdrowotną

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Nr telefonu \_\_\_\_\_

### UZASADNIENIE

---

---

---

---

---

---

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dochód na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną

wynosi : \_\_\_\_\_ złotych

Słownie : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Załączniki : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Podpis

**Opinia Komisji z posiedzenia odbytego w dniu** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Proponowana wysokość świadczenia : \_\_\_\_\_

Podpisy członków Komisji :

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_

**Decyzja dyrektora szkoły:**

Zgodnie z Zarządzeniem Nr 14/2007

Wójta Gminy Kołobrzeg

z dnia 22 stycznia 2007 r.

Na podstawie opinii komisji z dnia

.....

Przyznaję Panu/Pani \_\_\_\_\_

świadczenie pieniężne w wysokości \_\_\_\_\_ złotych

Słownie : \_\_\_\_\_

Dnia

Podpis