

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....  
(wnioskodawca - imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania i nr telefonu)

.....  
(szkoła/ placówka, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony)

**Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie mi zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną.**

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1.....

2.....

3.....

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)