

WNIOSK

o przyznanie świadczenia z zakładowego Funduszu zdrowotnego

.....

1. Proszę o przyznanie finansowej pomocy zdrowotnej. Proszę swoją motywację:

Prošbe svoja motywję:

2. Oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym razem ze mną pozostają następujący członkowie rodziny:

(Za członków rodziny uważa się wnioskodawcę, współmałżonka oraz dzieci w wieku do 18 lat lub do czasu ukończenia nauki w szkole, nie dłużej jednak niż do ukończenia 24 lat)

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Miejsce pracy- nauki	Stopień pokrewieństwa	Roczny dochód brutto *

* Należy podać łącznie dochód uzyskany w poprzednim roku podatkowym ze wszystkich źródeł.

Rezygnacja z deklaracji dochodów
Wnioskodawca może nie składać oświadczenia o dochodach. W takim przypadku będzie przyznana najniższa kwota dofinansowania.

Rezygnuje z możliwości złożenia oświadczenia o wysokości dochodów i prosi o przyznanie świadczenia w wysokości odpowiadającej najniższej grupie zaszergowania.

data i czytelny podpis wnioskodawcy

Niekompletny wniosek nie będzie rozpatrzony i zostanie zwrócony wnioskodawcy.

Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są prawdziwe.

data i czytelny podpis wnioskodawcy

.....Przyznano dofinansowanie z ZFZ w wysokości

Podpisy członków komisji:

Podpis dyrektora:

Regulaminy zakładowego funduszu zdrowotnego nauczycieli