Załącznik nr 1 do Regulaminu
przyjętego Uchwałą Nr XIII/102/2007 Rady Powiatu
w Busku – Zdroju z 17 grudnia 2007 r.
zmienionego Uchwałą Nr IV/33/2011 Rady Powiatu
w Busku – Zdroju z 28 stycznia 2011 r.

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ
ZE ŚRODKÓW WYODRĘBNIONYCH W BUDŻECIE POWIATU BUSKIEGO

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

……
Adres zamieszkania, tel.

.....
Nazwa szkoły/placówki, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

Uzasadnienie:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Proszę o przyznanie świadczenia na dofinansowanie kosztów*:

a. zakupu leków, sprzętu medycznego lub rehabilitacyjnego,
b. pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej,
c. specjalistycznego leczenia,
d. usług rehabilitacyjnych.

W załączeniu przedkładam:

a. .....,
b. .....,
c. .....,
d. ..... .

.....
data i podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach podczas realizacji procedury związanej z rozpatrywaniem wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

…….….	……..	……
Miejscowość	Data	Czytelny podpis wnioskodawcy

* - *niepotrzebne skreślić*

Opinia Komisji Zdrowotnej:

……
……
……
……
……
……

Proponowana wysokość pomocy finansowej ……

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

……	……..
……	……..
……	……..
……	……..
……	……..

Rozstrzygnięcie Starosty Buskiego:

Przyznaję świadczenie w wysokości * ……
(kwota)

Odmawiam przyznania pomocy *.

Busko – Zdrój, dn. ……..……

..……
podpis

* - *niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 2 do Regulaminu
przyjętego Uchwałą Nr XIII/102/2007 Rady Powiatu
w Busku – Zdroju z 17 grudnia 2007 r.
zmienionego Uchwałą Nr IV/33/2011 Rady Powiatu
w Busku – Zdroju z 28 stycznia 2011 r.

OŚWIADCZENIE
O WYSOKOŚCI OSIĄGNIĘTEGO DOCHODU

Liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (należy podać wiek dzieci):

....

Miesięczny dochód rodziny[1] (średnia z 3 ostatnich miesięcy) – netto .....

Średni dochód na osobę w rodzinie wynosi .....zł

Uzyskane świadczenia jednorazowe w okresie 3 ostatnich miesięcy – netto .....

Świadoma/y odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym oświadczeniu dane są zgodne ze stanem faktycznym, co stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
data i podpis wnioskodawcy

[1] *Należy uwzględnić wszystkie stałe dochody rodziny podlegające lub nie podlegające opodatkowaniu*

Załącznik nr 3 do Regulaminu
przyjętego Uchwałą Nr XIII/102/2007 Rady Powiatu
w Busku – Zdroju z 17 grudnia 2007 r.
zmienionego Uchwałą Nr IV/33/2011 Rady Powiatu
w Busku – Zdroju z 28 stycznia 2011 r.

Zaświadczenie
w sprawie pomocy zdrowotnej z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (ZFŚS)

Zaświadczam, że wnioskodawca
……

- Nie zwracał się do ZFŚS z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej.*

- Występował w dniu…….....…….. do ZFŚS z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej.*

Pomoc zdrowotna *została / nie została ** *przyznana. Wysokość świadczenia ……..*

Świadoma/y odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 271 Kodeksu Karnego, oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym zaświadczeniu dane są zgodne ze stanem faktycznym, co stwierdzam własnoręcznym podpisem.

…….……..…	……..	…….
Miejscowość	Data	Podpis Dyrektora Szkoły

** - niepotrzebne skreślić*