

**WNIOSEK  
o przyznanie świadczenia zdrowotnego  
z Funduszu Zdrowotnego**

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

Proszę o przyznanie mi świadczenia zdrowotnego z powodu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że miesięczny średni dochód brutto / z ostatnich 3 miesięcy / wszystkich członków mojej rodziny wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe wynoszą .....zł  
co w przeliczeniu na jedną osobę wynosi .....zł

**Dochód brutto = dochód brutto – składki ZUS pracownika - koszty uzyskania przychodu**

- Do wniosku o przyznanie świadczenia pieniężnego na pomoc zdrowotną załącza się:
1. Aktualne zaświadczenie lekarskie,
  2. Dokumenty potwierdzające koszty leczenia,

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

**Decyzja o przyznaniu świadczenia.**

Przyznano świadczenie zdrowotne z Funduszu Zdrowotnego w kwocie .....zł

( słownie zł: .....)

Poznań, dnia .....

.....  
pieczętka imienna i podpis dyrektora

\*Niepotrzebne skreślić