

**WNIOSK**

**o przyznanie świadczenia z zakładowego funduszu zdrowotnego**

.....  
 imię i nazwisko .....  
 dokładny adres, tel. domowy .....

1. Proszę o przyznanie finansowej zapomogi zdrowotnej.  
 Proszę swoją motywuję:

.....  
 2. Oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym razem ze mną pozostają  
 następujący członkowie rodziny:  
 (Za członków rodziny uważa się wnioskodawcę, współmatronka 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.  
 Rezygnuję z możliwości złożenia oświadczenia o wysokości dochodów i proszę  
 o przyznanie świadczenia w wysokości odpowiadającej najniższej grupie zaszerogowania.

.....  
 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: