

.....  
(imię i nazwisko)

..... dnia .....

.....  
(ulica i numer)

.....  
(kod i miejscowość)

.....  
(stanowisko)

## WNIOSEK O PRYZNANIE ZAPOMOZI ZDROWOTNEJ

Proszę o przyznanie mi zapomogi zdrowotnej (podać przyczyny: wypadek, długotrwała choroba, inne)

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

Do wniosku dołączam następujące załączniki:

- 1.....
- 2.....

## OŚWIADCZENIE O PRZYCHODACH

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny przychód brutto, za okres ostatnich trzech miesięcy, mój i członków mojej rodziny w przeliczeniu na jednego członka wyniósł: .....

.....zł.  
(słownie:.....zł.)

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Po rozpatrzeniu wniosku na posiedzeniu w dniu .....  
Komisja ZFŚS proponuje udzielić zapomogę w wysokości.....zł.

.....  
(podpisy Komisji)

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody.....

**(decyzja i podpis dyrektora)**