

Kielce, dnia

.....
Nazwisko i Imię wnioskodawcy

WNIOSEK
o Przyznanie zapomogi zdrowotnej bezzwrotnej

Proszę o przyznanie zapomogi zdrowotnej bezzwrotnej.

Opis sytuacji zdrowotnej, w wyniku której wnioskodawca znalazł się w trudnej sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej.

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

Zobowiązuję się dostarczyć zaświadczenie od lekarza, potwierdzone zwolnieniami lekarskimi.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadoma/y odpowiedzialności regulaminowej i karnej (art. 233 § 6 KK).

.....

podpis wnioskodawcy

.....

potwierdzenie pracodawcy

Przyznaje się zapomogę zdrowotną bezzwrotną * w wysokościzł

Odmawia się* przyznania zapomogi zdrowotnej bezzwrotnej.

.....

podpis

pracodawcy

podpisy komisji ZFŚS

- 1
- 2
- 3
- 4

*niepotrzebne skreślić