

WNIOSEK o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela

1. Imię i nazwisko:

2. Miejsce zamieszkania (adres):

..... Telefon:

3. Ponoszone koszty leczenia:

4. Ostatnie miejsce pracy:

5. Wymiar czasu pracy:

6. Numer konta, na które wpłynąć ma przyznana pomoc zdrowotna:

7. Sytuacja materialna rodziny:

| Imię i nazwisko nauczyciela | Dochód* rodziny (netto) | Ilość członków rodziny będących we wspólnym gospodarstwie domowym | Dochód netto na członka rodziny D= B:C | Suma podniesionych kosztów leczenia |
|--------------------------------|----------------------------|---|--|--|
| A | B | C | D | E |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

*Przez dochód rodziny, o którym mowa w załączniku, należy rozumieć wartość średnią sumy wszystkich źródeł dochodu rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku

8. Do wniosku dołączam:

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(podpis osoby ubiegającej się o pomoc zdrowotną)

9. Potwierdzenie zatrudnienia:

.....

.....

.....

.....
(pieczętka i podpis pracodawcy)

10. Decyzja komisji:

.....

.....

.....

Podpisy członków komisji:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., dnia

(miejscowość)

(data)