

**WNIOSEK**

**o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela**

1. Nazwisko i imię: .....
2. Miejsce zamieszkania (dokładny adres).....  
.....  
..... Telefon: .....
3. Miejsce leczenia, ponoszone koszty leczenia, od kiedy się leczy:.....  
.....  
.....
4. Ostatnie miejsce pracy:.....
5. Stanowisko:.....
6. Wymiar czasu pracy:  
.....
7. Potwierdzenie zatrudnienia: .....
  
- .....  
.....  
.....

.....  
(pieczętka i podpis pracodawcy)

8. Sytuacja materialna rodziny:

Nazwisko i imię nauczyciela	Dochód* rodziny (netto)	Ilość członków rodziny będących na wspólnym gospodarstwie	Dochód netto na członka rodziny	Poniesione koszty leczenia
			$D = B : C$	
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.

9. Do wniosku załączam kserokopie:

- a .....
- b .....
- c .....
- d .....

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
(podpis osoby ubiegającej się o zasiłek  
pieniężny na pomoc zdrowotną)

Decyzja komisji : .....

.....

.....

.....

Podpisy członków komisji:

- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....
- 4. ....
- 5. ....
- 6. ....

Radziejów, dnia..... r.

10. Wniosek komisji akceptuję:

Radziejów, dnia ..... r. ....