

**WNIOSEK
O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELA**

1. Wnioskodawca.....data urodzenia.....
(imię i nazwisko)

2. Adres zamieszkania

3. Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony i wymiar zatrudnienia:

.....

4. Nr rachunku bankowego, na który należy przekazać otrzymaną pomoc zdrowotną:

.....

5. Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

6. Sytuacja materialna rodziny (oświadczenie wnioskodawcy):

Nazwisko i imię nauczyciela	Dochód rodziny (netto)*	Ilość członków rodziny będących we wspólnym gosp. domowym	Dochód netto na członka rodziny

* 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

7. Do wniosku załączam:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie,
- 2) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie, np. rachunki za leczenie, rehabilitację, sprzęt, okulary itp.)

.....

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

8. Opinia Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej:

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

Podpisy członków komisji: