

WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela

1. Nazwisko i imię:

2. Miejsce zamieszkania (dokładny adres):

.....

..... Telefon:

3. Ponoszone koszty leczenia, uzasadnienie:

.....

.....

4. Ostatnie miejsce pracy:

5. Stanowisko:

6. Wymiar czasu pracy:

7. Sytuacja materialna:

| 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.

8. Do wniosku załączam:

.....

.....

.....

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Opinia komisji:

.....

.....

.....

.....

Podpisy członków komisji:

1.
2.
3.
4.

Decyzja dyrektora:

.....

.....

.....

.....

....., dnia
(miejsowość) (data)

.....
(podpis dyrektora)