

W N I O S E K
o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela

1. Nazwisko i imię.....

2. Miejsce zamieszkania ,telefon.....

3. Miejsce pracy.....

4. Wymiar czasu pracy.....

5. Potwierdzenie zatrudnienia.....

.....
(pieczętka i podpis pracodawcy)

6. Sytuacja materialna rodziny:

Nazwisko i imię nauczyciela	Dochód rodziny brutto z ostatnich 3 m-cy	Ilość członków rodziny będących we wspólnym gospodarstwie	Dochód brutto na członka rodziny	Poniesione koszty leczenia	Wyliczenie relacji koszty leczenia/ dochód na członka rodziny
			D=B: C		F= E:D
A	B	C	D	E	F

- Dochód –suma wszystkich źródeł dochodu członków rodziny będących we wspólnym gospodarstwie

7. Do wniosku dołączam :

- aktualne zaświadczenie lekarskie lub karta informacyjna leczenia szpitalnego
- rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia i rehabilitacji

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis nauczyciela)

8. Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej

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

podpisy członków komisji

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

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

Poczesna, dnia.....

PRZEWODNICZĄCA RADY

mgr inż. Lidia Kaźmierczak