

## W N I O S E K

### **o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela czynnego nauczyciela emeryta – rencisty \***

*(niepotrzebne skreślić)*

1. Nazwisko i imię: .....
2. Miejsce zamieszkania (dokładny adres): .....  
.....
3. Rok urodzenia: ....., Telefon: .....
4. Ponoszone koszty leczenia, uzasadnienie: .....  
.....  
.....  
.....
5. Ostatnie miejsce pracy: .....
6. Stanowisko: .....
7. Wymiar czasu pracy: .....
8. Potwierdzenie zatrudnienia: .....  
.....  
.....

.....  
*(pieczętka i podpis pracodawcy)*

9. Sytuacja materialna rodziny:

Nazwisko i imię nauczyciela	Dochód* rodziny (netto)	Ilość członków rodziny będących na wspólnym gospo- darstwie	Dochód netto 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

\* 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

10. Do wniosku załączam: .....

.....

.....

.....

....., dnia .....

(miejscowość) (data)

.....

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

**DECYZJA KOMISJI:**

.....

.....

.....

.....

Podpisy członków komisji:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Paradyż, dnia .....