

## Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

**I Wnioskodawca:**

Nazwisko i imię .....

Adres .....

Stanowisko: .....

## II Dochód:

Średni miesięczny dochód przypadający na jednego członka rodziny nauczyciela za okres trzech miesięcy, poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi : .....złoty

Słownie złotych .....

### III Uzasadnienie wniosku:

[illegible]

Do wniosku należy dołączyć:

1. aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia od lekarza specjalisty,
2. imiennie wystawione rachunki lub faktury o korzystaniu z opieki zdrowotnej,
3. zaświadczenie o dochodach rodziny nauczyciela ze wszystkich źródeł lub odcinek od emerytury bądź renty.

\_\_\_\_\_ miejscowość, data

podpis osoby ubiegającej się o pomoc zdrowotną

**IV Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:**

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

**Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:**

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

**V Decyzja Dyrektora:**

Przyznaję/ nie przyznaję \* zasiłek pieniężny w wysokości .....złotych,

słownie złotych .....

.....  
miejscowość, data

pieczęć

.....  
podpis dyrektora

\*/ niepotrzebne skreślić