

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Wnioskodawca:
(imię i nazwisko)

Adres zamieszkania i numer telefonu:
.....

Nazwa placówki, w której nauczyciel jest zatrudniony:
.....
.....

Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej:
.....
.....
.....
.....
.....

Dokumenty dołączone do wniosku:
Aktualne zaświadczenie lekarskie
.....

Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia
.....

Oświadczenie o dochodach z ostatnich 3 miesięcy przypadających na jednego członka rodziny
.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Decyzja dyrektora:

Zgodnie z Uchwałą Rady Miejskiej w Ziębicach nr. z dnia lutego 2010 roku w sprawie środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej przyznaje/ nie przyznaje* zasiłek w wysokości zł

(słownie:
.....)

Podpis dyrektora lub osoby upoważnionej:

* niepotrzebne skreślić