

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
Wnioskodawca - imię i nazwisko nauczyciela

.....
Adres zamieszkania i nr telefonu

.....
Szkoła w której nauczyciel jest lub był zatrudniony

Uzasadnienie:

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

W załączeniu:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (faktury, rachunki)
- 3) oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Opinia Dyrektora:

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

.....
(data i podpis)

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

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

Decyzja Wójta:

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości:
(kwota)

.....
(data o podpis)