

.....,
miejsowość data

.....
imię i nazwisko nauczyciela

.....

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu

.....
nazwa szkoły, w której nauczyciel
jest lub był zatrudniony

Burmistrz Strykowa

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej.

Uzasadnienie:

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

Przyznaną pomoc zdrowotną proszę:

- wypłacić w kasie Urzędu Miejskiego w Strykowie,
- przekazać na konto

Oświadczam, że w miesiącu bezpośrednio poprzedzającym złożenie wniosku moja rodzina uzyskała dochody w podanych niżej wysokościach:

1. dochód wnioskodawcy (brutto)

.....

2. dochód współmałżonka i członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (brutto)

.....

3. razem dochód (brutto) z miesiąca bezpośrednio poprzedzającego złożenie wniosku

.....

4. miesięczny dochód na jedną osobę w rodzinie

.....

Oświadczam, że powyższe dane obejmują wszystkich członków mojej rodziny oraz wszystkie przychody uzyskiwane w mojej rodzinie. Świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 ze zm.) za fałszywe zeznanie oświadczam, że przedstawione we wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

Do wniosku załączam:

- aktualne zaświadczenie lekarskie, potwierdzające korzystanie z opieki zdrowotnej;
- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, o których mowa w §4 uchwały, wystawione na nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną;
- dokumenty potwierdzające wysokość dochodów (brutto) nauczyciela, współmałżonka i dorosłych członków rodziny, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, ze wszystkich źródeł przychodu z miesiąca bezpośrednio poprzedzającego złożenie wniosku.

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis Wnioskodawcy)

Opinia dyrektora szkoły, przedszkola, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony (w zakresie zatrudnienia, nieobecności nauczyciela w szkole z powodu choroby):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(miejscowość i data)

.....

(pieczęć i podpis Dyrektora szkoły, przedszkola)