.............................., ........................

 miejscowość data

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

 imię i nazwisko nauczyciela

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

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

 adres zamieszkania

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

 nr telefonu

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

 nazwa szkoły, w której nauczyciel

 jest lub był zatrudniony

 **Burmistrz Miasta – Gminy**

 **Stryków**

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej.

Uzasadnienie:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Przyznaną pomoc zdrowotną proszę:

* wypłacić w kasie Urzędu Miasta-Gminy Stryków,
* przekazać na konto …………………………………………………………………………

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

1. dochód wnioskodawcy (brutto)

…………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………

1. 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)