

Szczecin.....

Dyrektor
Szkoły Podstawowej Nr 7
w Szczecinie

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy:.....
2. Adres zamieszkania i numer telefonu:.....
.....
3. Szkoła w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony:
.....
4. Inne miejsca(-e) pracy i wymiar zatrudnienia:.....
.....
5. Uzasadnienie:
.....
.....
6. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym:

| Lp. | Nazwisko i imię | Stopień pokrewieństwa data urodzenia | Nauka - nazwa szkoły Zakład pracy | Dochód brutto |
|-----|-----------------|---|---|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

7. Oświadczam, iż dochód na jednego członka rodziny wynosi:.....zł. brutto,
słownie:.....
8. Do wniosku załączam:
 - aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie;
 - dokumenty (oryginały) potwierdzające poniesione koszty leczenia;
 - kopię zeznania o wysokości osiągniętego dochodu (formularz PIT) w poprzednim roku kalendarzowym;
 - odcinek emerytury lub renty w przypadku nauczyciela emeryta lub rencisty;
 - dokumenty poświadczające dochody członków rodziny.

.....
(miejscowość, data, podpis wnioskodawcy)

Opinia Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej dla Nauczycieli i proponowana wysokość pomocy finansowej

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

Komisja:

| | |
|----------------------|-----------|
| 1..... | |
| 2..... | |
| 3..... | |
| 4..... | |
| (imiona i nazwiska) | (podpisy) |

Decyzja Dyrektora Szkoły

Decyzją Dyrektora Szkoły Podstawowej Nr 7 w Szczecinie przyznano/nie przyznano pomoc zdrowotną w wysokości.....słownie:.....

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

.....
(data i podpis dyrektora Szkoły)