

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....  
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....  
Adres zamieszkania i nr tel.

.....  
Szkoła (placówka), w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

Uzasadnienie:

.....  
.....  
.....  
(w załączeniu: aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela potwierdzające poniesione koszty leczenia, oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny)

### Oświadczenie o wysokości dochodów na członka rodziny:

Nazwisko i imię nauczyciela	Dochód* rodziny (netto)	Ilość członków rodziny będących na wspólnym gospodarstwie	Dochód netto na członka rodziny	Poniesione koszty leczenia	Wyliczenie relacji koszty leczenia/dochód na członka rodziny
			D=B:C		F= E:D
A	B	C	D	E	F

\*Przez dochód rodziny, o którym mowa w załączniku należy rozumieć wartość średnią sumy wszystkich źródeł dochodu rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku.

.....  
Data i podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Komisja Zdrowotna w składzie

- |                              |                   |
|------------------------------|-------------------|
| 1. ....<br>/nazwisko i imię/ | .....<br>/podpis/ |
| 2. ....<br>/nazwisko i imię/ | .....<br>/podpis/ |
| 3. ....<br>/nazwisko i imię/ | .....<br>/podpis/ |

Dyrektor szkoły (placówki)

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości .....  
/kwota/

.....  
/data i podpis dyrektora/