

Załącznik nr 1 do Regulaminu przyznawania środków finansowych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ		
Data wpływu wniosku		
DANE WNIOSKODAWCY		
Imię i nazwisko wnioskodawcy		
nr telefonu		
Miejsce zamieszkania		
DANE NAUCZYCIELA (należy wpisać jeśli inny wnioskodawca)		
Imię i nazwisko		
nr telefonu		
Miejsce zamieszkania		
wniosek dotyczy:	NAUCZYCIELA CZYNNEGO ZAWODOWO	
	NAUCZYCIELA: EMERYTA/RENCISTY/OTRZYMUJĄCEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE	
Miejsce zatrudnienia/ostatnie miejsce zatrudnienia		
Wymiar zatrudnienia		
Potwierdzenie zatrudnienia	pieczęć zakładu pracy	podpis dyrektora
SYTUACJA MATERIALNA		
Dochody brutto członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym średnie z 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadających na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł dochodu		
Nazwisko i imię	stopień pokrewieństwa	przeciętna wysokość dochodu
	nauczyciel którego dotyczy wniosek	
łączy dochód w rodzinie		
Liczba osób w rodzinie		
średni dochód na osobę w rodzinie		
średni miesięczny dochód na osobę w rodzinie		
Podpis wnioskodawcy		

UZASADNIENIE WNIOSKU**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

1.

2.

3.

4.

FORMA ODBIORU ŚWIADCZENIA :

GOTÓWKA

PRZELEW NA RACHUNEK BANKOWY O NUMERZE:

DECYZJA KOMISJI DS. POMOCY ZDROWOTNEJ**WYSOKOŚĆ PRYZNANEJ POMOCY ZDROWOTNEJ**

DATA I PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI