

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Imię i nazwisko nauczyciela:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Nazwa szkoły / placówki, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony:

Zespół Szkół Ponadpodstawowych im. Kazimierza Jagiellończyka w Łasinie

Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nr konta bankowego nauczyciela:

Dokumenty załączone do wniosku:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie
- 2) dokumenty poświadczające poniesione koszty leczenia
- 3) oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny w roku poprzedzającym złożenie wniosku
- 4) inne (jakie?)

.....

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Data i miejsce posiedzenia komisji:

.....

Opinia komisji i proponowana wysokość pomocy zdrowotnej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czytelne podpisy członków komisji:

1.

2.

3.

4.

5.

Decyzja dyrektora szkoły / placówki w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej

Przyznaję Pani / Panu

(imię i nazwisko nauczyciela)

pomoc zdrowotną w formie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego w wysokości:zł

(słownie złotych:)

.....

(podpis i pieczęć dyrektora szkoły / placówki)