

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....

Wnioskodawca – imię i nazwisko nauczyciela

.....

.....

Adres zamieszkania i nr telefonu

.....

Szkoła, w której nauczyciel jest

lub był zatrudniony

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

W załączeniu:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (faktury, rachunki)
- 3) oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny.

.....

(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Podpisy członków komisji Zdrowotnej:

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

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości:

(kwota)

.....

(data i podpis dyrektora)