

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Wnioskodawca:

Adres zamieszkania

tel. kontaktowy

Szkoła w której Wnioskodawca jest lub był zatrudniony.....

.....

Uzasadnienie do wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczenie o wysokości dochodu brutto nauczyciela ubiegającego się o przyznanie świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej

Niniejszym oświadczam, że moja rodzina składa się zosób. Średni miesięczny dochód wyliczony za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, w mojej rodzinie w przeliczeniu na jedną osobę wynosił zł
(słownie:..... zł)

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2002 r.Nr 101 poz. 926 z późn. zm)

.....
podpis Wnioskodawcy

.....
miejsowość i data

Do wniosku należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia,
- 3) opinię dyrektora zespołu szkół