

Zarząd Powiatu
w Końskich

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA POMOC ZDROWOTNĄ
DLA NAUCZYCIELI**

.....
(Imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(Adres zamieszkania, nr tel.)
.....

.....
(Szkoła, w której Wnioskodawca
jest lub był zatrudniony, adres)

.....
(PESEL)

.....
(NIP)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

Nr rachunku bankowego, na który należy przekazać otrzymaną pomoc zdrowotną

.....
Uzasadnienie:
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela lub dokumentację przebytego leczenia (historia choroby).
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, badań, zakupu sprzętu, leków w roku, w którym nauczyciel występuje z wnioskiem (faktury, rachunki).
3. Oświadczenie o dochodach netto z trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadających na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł.
4. Inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (podać jakie):
.....

Proponowana wysokość pomocy finansowej (słownie zł.):

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

Decyzja Zarządu Powiatu w Końskich:

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

Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej (słownie zł.):

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

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis Przewodniczącego
Zarządu Powiatu w Końskich)

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

.....
(Imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(Adres zamieszkania, nr tel.)

I. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym oraz wysokość miesięcznych dochodów:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Pokrewieństwo	Miejsce zatrudnienia lub nauki	Wysokość dochodów (netto) w zł.
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
Łączny miesięczny dochód rodziny:					

* Dochód winien być wykazany ze wszystkich źródeł i uwzględniać trzy miesiące poprzedzające miesiąc, w którym składany jest wniosek.

II. Miesięczny średni dochód (netto) przypadający na 1 osobę w rodzinie wynosi
..... zł.
.....(słownie zł.).

Świadoma/y odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis wnioskodawcy)