

WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO
NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI

Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek

1. imię i nazwisko.....
2. adres zamieszkania (kod, miejscowość, ulica).....
.....
.....
3. numer telefonu.....
4. adres e-mail.....
5. dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela
 - a) nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony.....
.....
.....
 - b) wymiar etatu / wypełnia nauczyciel czynny zawodowo/.....
 - c) status nauczyciela, na dzień złożenia wniosku (niepotrzebne skreślić):
czynny zawodowo, renta/emerytura, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne
2. Poświadczenie szkoły/placówki:
Poświadcza się, że dane zawarte w ust. 1 pkt 5 są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
/miejscowość, data/

.....
/podpis osoby upoważnionej/

.....
/pieczęć szkoły/placówki w której
nauczyciel jest zatrudniony lub
w której jest emerytem, rencistą,
nauczycielem pobierającym
świadczenie kompensacyjne/

3. Proszę o przyznanie mi świadczenia pieniężnego na pomoc zdrowotną z powodu:

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

4. Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto wyliczony za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę wyniósł.....zł

słownie.....

5. W przypadku przyznania mi świadczenia z tytułu zasiłku pomocy zdrowotnej, proszę o przelanie środków finansowych na wskazane poniżej konto bankowe:

1) imię i nazwisko.....

2) numer rachunku.....

6. Do wniosku załączam następujące dokumenty: (proszę wymienić)

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

.....
/miejscowość, data/

.....
/ podpis wnioskodawcy/