**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZAPOMOGI**
**DLA PORATOWANIA ZDROWIA**
**dla nauczycieli (również byłych nauczycieli - emerytów)**

Nazwisko i imię

Miejsce urodzenia

Stanowisko

Adres zamieszkania

Data urodzenia

---

Uprzejmie proszę o przyznanie mi zapomogi dla poratowania zdrowia ze środków zakładowego funduszu zdrowotnego Szkoły Podstawowej w Niechanowie:

Niechanowo,..... .. .....
podpis wnioskodawcy

---

**Opinia lekarza o stanie zdrowia**

.....dnia.....

.....
pieczęć i podpis lekarza

---

(wypełnia zakład pracy)

Częstotliwość przyznawanych zapomóg
kwartał i rok

---

Opinia dyrektora szkoły

Niechanowo, dnia..... .....

……, ……..……..
(miejscowość) (data)

……..
(imię i nazwisko)

……
(adres zamieszkania)

……

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO**
**ze środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli**

**Uzasadnienie:**

……
……
**.....**
……
……
**.....**
……
……
……
……

**Oświadczenie:**

1. Świadomy /a odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych oświadczam, że:
- moja rodzina składa się z …….. osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym;
- średni miesięczny dochód (netto) na jednego członka mojej rodziny, ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętego w roku kalendarzowym poprzedzającym złożenie podania

……..zł, słownie
……...

2. Oświadczenie wnioskodawcy o korzystaniu z zasiłków na pomoc zdrowotną i ich wysokości z ostatnich 2 lat

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Załączniki:

……
……
……
……

……
……

(Podpis osoby składającej wniosek)