

**WNIOSEK**  
**o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela**

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**

1. Nazwisko i imię .....
2. Miejsce zamieszkania (dokładny adres) .....  
.....  
.....telefon .....
3. Ostatnie miejsce pracy .....  
.....
4. Wymiar czasu pracy .....
5. Uzasadnienie wniosku, w tym ponoszone koszty leczenia .....  
.....  
.....  
.....
6. Numer konta, na które wpłynąć ma przyznana pomoc zdrowotna  
.....
7. Dochód netto na członka rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku  
(podaje wnioskodawca lub pracodawca)\* .....

\* - zaznaczyć właściwe

**Do wniosku załączam**

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

Data .....

.....  
podpis wnioskodawcy

**WYPEŁNIA PRACODAWCA**

1. Potwierdzenie zatrudnienia lub pobieranych świadczeń

.....  
.....

Data .....

.....  
Pieczęć i podpis pracodawcy

Decyzja komisji: .....

.....

.....

.....

.....

**PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

..... , dnia .....