**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu wniosku |  |
| **DANE WNIOSKODAWCY** |
| Imię i nazwisko wnioskodawcy |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numer telefonu |  |
| Miejsce zamieszkania |  |
| Wniosek dotyczy(zaznaczyć właściwe) | [ ] Nauczyciela czynnego zawodowo[ ] Nauczyciela: emeryta/rencisty/otrzymującego świadczenie kompensacyjne |
| Miejsce zatrudnienia/ostatnie miejsce zatrudnienia |  |
| Wymiar zatrudnienia |  |
| Potwierdzenie zatrudnienia(dotyczy czynnych zawodowo) | ……………………pieczęć zakładu pracy | ……………….podpis dyrektora |
| **SYTUACJA MATERIALNA** |
| Dochody netto członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym średnie z trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku przypadających na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodu. |
| **L.p** | **Nazwisko i imię** | **Stopień pokrewieństwa** | **Data urodzenia** | **Miejsce pracy (nauki)** | **Przeciętna wysokość dochodu w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| Łączny dochód w rodzinie |  |
| Liczba osób w rodzinie |  |
| Średni miesięczny dochód na osobę w rodzinie |  |
|  |
|  |
| **UZASADNIENIE WNIOSKU** |
| …………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………..Podpis wnioskodawcy |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| NUMER RACHUNKU BANKOWEGO, NA KTÓRY MA ZOSTAĆ WYPŁACONE ŚWIADCZENIE: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |