

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

1. Nazwisko i imię: .....
2. Miejsce zamieszkania: .....  
.....
3. Ponoszone koszty leczenia, uzasadnienie: .....  
.....  
.....  
.....  
.....
4. Miejsce pracy: .....
5. Stanowisko: .....
6. Wymiar czasu pracy: .....
7. Potwierdzenie zatrudnienia: .....  
.....  
.....

.....  
(Pieczęć i podpis pracodawcy)

8. Sytuacja materialna rodziny:

Nazwisko i imię nauczyciela	Dochód* Rodziny (netto)	Liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie rolnym	Dochód netto na członka rodziny	Poniesione koszty leczenia
			$D = B : C$	
A	B	C	D	E

\* Przez dochód rodziny, o którym mowa w załączniku należy rozumieć wartość średnią sumy wszystkich źródeł dochodu rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku.

.....  
(podpis wnioskodawcy)