

Załącznik do Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Sułkowice

**WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO
NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI**

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Nazwa szkoły/przedszkola, w której Wnioskodawca jest zatrudniony lub był zatrudniony w przypadku emeryta lub rencisty

Uzasadnienie wniosku:

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

W załączeniu przedkładam:

- 1)
- 2)
- 3)

Oświadczenie o sytuacji materialnej:

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że przeciętny dochód netto na jedną osobę w rodzinie we wspólnym gospodarstwie domowym, osiągnięty w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających okres ubiegania się przeze mnie o pomoc zdrowotną, wynosi.....zł.

Proszę o przekazanie przyznanych środków finansowych na rachunek bankowy nr.....lub wypłatę

w formie gotówki w kasie Urzędu Miejskiego w Sułkowicach*

.....

miejscowość i data

*właściwe podkreślić

.....

podpis Wnioskodawcy