

**WNIOSEK**

**O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

I. Dane osobowe nauczyciela/nauczyciela emerytowanego/nauczyciela rencisty:

Nazwisko i imię: .....

Adres zamieszkania i nr telefonu : .....

Nazwa szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony: .....

Stanowisko wraz z określeniem wymiaru godzin dydaktyczno-wychowawczych:

Wysokość wynagrodzenia /dochodów/ wynikająca ze wszystkich źródeł, w przeliczeniu na członka rodziny: .....(miesięczne brutto)

II. **PODMIOT WNOŚĄCY WNIOSEK, O KTÓRYM MOWA W §4 ust. 1. REGULAMINU**

III. **UZASADNIENIE WNIOSKU**

Załączniki do wniosku:

.....  
( data i podpis)

#### IV. OPINIA KOMISJI

Komisja na posiedzeniu odbyłym w dniu ..... po zapoznaniu się z wnioskiem, opiniuje wniosek pozytywnie/negatywnie\* i proponuje przyznanie/odmówić przyznania\* zasiłku w kwocie ..... słownie zł .....

Podpisy członków Komisji:

.....  
.....

#### V. DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY

Zgodnie z Uchwałą Nr XI/67/07 Rady Gminy Świerklany z dnia 26 września 2007 r. w sprawie: przyjęcia Regulaminu Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli szkół i przedszkoli prowadzonych przez Gminę Świerklany

Przyznaję/odmawiam przyznania\* Pani/ Panu ..... pomoc zdrowotną w formie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego w kwocie brutto zł ..... słownie .....

- niepotrzebne skreślić

.....

( data i podpis)