**/imię i nazwisko/ miejscowość, data/**

**Wniosek   
o przyznanie zapomogi pieniężnej w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli   
i nauczycieli emerytów i rencistów**

**Uzasadnienie:**

**Oświadczenie o osiąganym dochodzie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **imię nazwisko członka rodziny** | **Stopień pokrewieństwa** | **Dochód brutto** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Ogółem** | | |  |
| **Średni dochód na jednego członka w rodzinie** | | |  |

**Załączniki:**

**/podpis wnioskodawcy/**

**Decyzja Komisji**

Kwota zapomogi pieniężnej

Uzasadnienie:

Podpisy członków Komisji: 1

2

3

4

Zatwierdzam

**/data, podpis dyrektora/**