………………………………. ………………………

/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 i nazwisko członka rodziny | Stopień pokrewieństwa | Dochód netto |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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/