

RADA MIEJSKA
w Ćmielowie

WZÓR

Załącznik Nr 1
do Regulaminu udzielania pomocy ze środków funduszu zdrowotnego nauczycielom z terenu Miasta i Gminy
Ćmielów

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

Wnioskodawca (imię i nazwisko)

Adres zamieszkania i nr telefonu

Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy ze środków funduszu zdrowotnego nauczycielom z terenu Miasta i Gminy Ćmielów

Uzasadnienie:

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,
- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia,
- oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny według wzoru ,

.....
miejscowość i data, podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

1.
2.
3.
4.

Decyzja inspektora:

Zgodnie z uchwałą Nr Rady Miejskiej w Ćmielowie z dnia Inspektor Oświaty
przyznał pomoc zdrowotną w wysokości zł (słownie złotych:

.....)

(podpis Inspektora)

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ
Marianne
mgr Marianna Gierczak