

*Załącznik  
do regulaminu udzielania  
pomocy zdrowotnej dla  
nauczycieli*

## **WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

.....  
(wnioskodawca - imię i nazwisko)

.....  
(miejsce zatrudnienia)

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie bezzwrotnej zapomogi zdrowotnej.

Uzasadnienie:

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

### **Oświadczenie**

Oświadczam, że średnia wysokość dochodów mojej rodziny (netto) ze wszystkich źródeł z trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną wynosi (właściwe podkreślić):

do 1.000

1.001-1.500

1.501-2.000

2.001-2.500

2.501-3.000

powyżej 3.000

.....  
.....  
(miejsce, data)

(podpis wnioskodawcy)

Potwierdzam prawo Pani/Pana ..... do  
korzystania z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli

.....  
(podpis i pieczęć dyrektora szkoły)

Starosta Pultuski przyznaje bezzwrotną zapomogę zdrowotną w wysokości

.....słownie: zł

.....

.....  
(data i podpis)

PRZEWODNICZĄCY RADY



mgr Wiesław Cienkowski