

WNIOSEK
o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

.....
(wnioskodawca – imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania i nr telefonu)

.....
(szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony oraz wymiar zatrudnienia)

Przeciętny miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w ciągu 3 miesięcy bezpośrednio przed złożeniem wniosku

Uzasadnienie wniosku:

Wypłatę świadczenia proszę przekazać:

.....
(nazwa banku i numer konta lub w przypadku braku konta adres pocztowy)

W załączeniu:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,
- imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia.

.....
miejsowość i data

.....
podpis wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w procedurze przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

.....
miejsowość i data

.....
podpis wnioskodawcy