

## WNIOSEK O PRYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELA

.....  
*Imię i Nazwisko*

.....  
*adres*

.....  
*dyrektor, nauczyciel, rencista, emeryt\**

Uzasadnienie wniosku:

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

### OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

za okres .....

Oświadczam, że dochód w mojej rodzinie jest sumą dochodów następujących osób:

L.p.	Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wysokość dochodów brutto	Uwagi
<b>Łączny dochód członków rodziny (brutto):</b>				

Średni dochód na jednego członka rodziny miesięcznie wynosi:.....

W załączniku przekazuję:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie;
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty na leczenie ( rachunki, faktury, itp.)
3. Inne dokumenty uzasadniające udzielenie pomocy zdrowotnej.

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*podpis wnioskodawcy*

\* odpowiednie podkreślić.