

**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 zdrowotnej z funduszu zdrowotnego.

Uzasadnienie:

.....  
Do wniosku załączam:

- orzeczenie o niepełnosprawności,
- aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,
- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia w danym roku kalendarzowym,
- oświadczenie o dochodzie przypadającym na jedną osobę w rodzinie, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej dla Nauczycieli i proponowana wysokość pomocy finansowej:

.....  
Podpisy członków Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej dla Nauczycieli

.....  
Decyzją Prezydenta Miasta Szczecin udzielono/nie udzielono pomocy zdrowotnej w wysokości:

..... zł (słownie złotych:

.....).  
Uzasadnienie (w przypadku decyzji odmownej)

.....  
(podpis Prezydenta)

**OŚWIADCZENIE**  
**o miesięcznych dochodach netto**

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania .....
3. Oświadczenie o dochodach, składane w ramach wnioskowania o przyznanie pomocy zdrowotnej:

1	Liczba osób w zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela*	
2	Dochód** netto nauczyciela, ubiegającego się o przyznanie pomocy zdrowotnej, z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej	zł
3	Dochód** netto pozostałych osób zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela, ubiegającego się o przyznanie pomocy zdrowotnej, z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotne	zł
4	Łączny dochód netto osób zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela (poz. 2 + poz.3)	zł
5	Średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę zamieszkującą wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela (poz. 4/poz.1/3m-ce)	zł

\* dotyczy wszystkich osób zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela, łącznie z tym nauczycielem, w tym dzieci uczących się, lecz nie dłużej niż do 26 roku życia.

\*\* wysokość dochodów ze wszystkich źródeł (zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, dochód ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło, praw autorskich itp.), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis czytelny nauczyciela)