

Załącznik Nr 1 do regulaminu dysponowania środkami finansowymi z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnionych w placówkach oświatowych prowadzonych przez Gminę Nowy Duninów.

## **WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO**

.....  
**Wnioskodawca** (imię i nazwisko nauczyciel czynny , emerytowany, rencista- wpisać)

.....  
.....**Adres zamieszkania i Nr Tel**

.....**Nazwa Szkoły, w której Wnioskodawca jest lub był zatrudniony na stanowisku nauczyciela**

**Uzasadnienie:**

**Załączam:**

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem ( faktury , rachunki )
3. Oświadczenie o dochodach (netto) uzyskanych ze wszystkich źródeł przychodu , za zakres ostatnich trzech miesięcy przed złożeniem wniosku ,przypadających na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym .

**Wypłatę pomocy z funduszu zdrowotnego proszę przekazać (właściwe zaznaczyć) :**

1. przelewem na konto bankowe nazwa banku .....  
nr konta .....
2. proszę o wypłatę w formie gotówkowej w kasie urzędu

.....  
data i podpis wnioskodawcy

---

Decyzja Wójta Gminy Nowy Duninów

.....  
data i podpis Wójta Gminy Nowy Duninów

