WNIOSEK DO PREZYDENTA MIASTA ŻORY
O PRZYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO
W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ

1. **Dane osobowe nauczyciela / nauczyciela emeryta / nauczyciela rencisty**

Status nauczyciela (nauczyciel/emeryt/rencista):………………………………………………………………….

Nazwisko i imię:……………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:……………………………………………………………………………………………………………..

Miejsce pracy:……………………………………………………………………………………………………………………….

Nr telefonu:…………………………………………………………………………………………………………………………..

e-mail:…………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Oświadczenie o osiąganych dochodach**

Łączny roczny dochód brutto rodziny podzielony przez 12 miesięcy i podzielony przez liczbę członków rodziny (dochód na 1 osobę brutto na miesiąc)

………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Łączna wysokość poniesionych kosztów na leczenie szpitalne, specjalistyczne bądź leczenie z powodu przewlekłej choroby, w tym z zakupem leków na podstawie dowodów księgowych**:
2. okulary / soczewki korekcyjne : ………………………………………………………………………………
3. leczenie stomatologiczne :………………………………………………………………………………………
4. dofinansowanie kosztów leczenia specjalistycznego :……………………………………………..
5. rehabilitacja i sprzęt niezbędny do rehabilitacji :……………………………………………………..
6. leki :………………………………………………………………………………………………………………………….
7. **Potwierdzenie zatrudnienia** (w przypadku nauczyciela-emeryta ostatnie miejsce pracy)

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

Data: ……………………………………….

Podpis Dyrektora szkoły/przedszkola/placówki:………………………………………………………………..

data i podpis wnioskodawcy: ………………………………………………………………………………………….

Załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające fakt korzystania z opieki zdrowotnej:
2. Inne np. faktury, rachunki

Dokument nr…………………………………………………. Kwota…………………………….

Dokument nr…………………………………………………. Kwota…………………………….

Dokument nr…………………………………………………. Kwota…………………………….

Dokument nr…………………………………………………. Kwota…………………………….

Dokument nr…………………………………………………. Kwota…………………………….

Dokument nr…………………………………………………. Kwota…………………………….

Dokument nr…………………………………………………. Kwota…………………………….

Data………………………………… podpis wnioskodawcy…………………………………………….