

Załącznik do uchwały Nr IX/67/2007
Rady Powiatu Ropczycko-Sędziszowskiego
z dnia 30 sierpnia 2007

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania i nr tel.

.....
Szkoła (placówka), w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
(w załączeniu: aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela potwierdzające poniesione koszty leczenia, oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny)

Oświadczenie o wysokości dochodów na członka rodziny

Nazwisko i imię nauczyciela	Dochód* rodziny (netto)	Ilość członków rodziny będą- cych na wspól- nym gospodar- stwie	Dochód netto na członka rodziny	Poniesione koszty lecze- nia	Wyliczenie relacji koszty lecze- nia/dochód na członka rodziny
			D = B:C		F = E:D
A	B	C	D	E	F

* Przez dochód rodziny, o którym mowa w załączniku należy rozumieć wartość średnią sumy wszystkich źródeł dochodu rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku.

.....
Data i podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Komisja Zdrowotna w składzie:

1..... (nazwisko i imię) (podpis)
2..... (nazwisko i imię) (podpis)
3..... (nazwisko i imię) (podpis)

Dyrektor szkoły (placówki):

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości:
(kwota)

.....
data i podpis dyrektora