**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO**

**W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ**

1. DANE OSOBOWE NAUCZYCIELA/ NAUCZYCIELA EMERYTA/ NAUCZYCIELA RENCISTY

Nazwisko i imię .........................................................................................................................................

Adres zamieszkania ..................................................................................................................................

Ilość członków rodziny na utrzymaniu ....................................................................................................

1. PODMIOT WNOSZĄCY WNIOSEK, O KTÓRYM MOWA W §4 PKT 1 UCHWAŁY RADY MIEJSKIEJ GMINY LUBOMIERZ

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

1. UZASADNIENIE WNIOSKU

Opisać rodzaj choroby, schorzenia, sposób leczenia, miejsce leczenia

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

Wskazać wysokość kosztów miesięcznych związanych z leczeniem, w tym zakupem leków

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

Załączniki:

1. Oświadczenie o wysokości dochodów na członka rodziny nauczyciela (netto = brutto - ZUS - podatek) ze wszystkich źródeł przychodu z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną
2. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie przewlekłej choroby, konieczność stosowania protez i okularów przez nauczyciela / emeryta / rencistę
3. Rachunki i dokumenty potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem lub zakupem protez dentystycznych, okularów, leków.
4. Zestawienie leków stosowanych przez wnioskodawcę w chorobach przewlekłych poświadczonym przez lekarza prowadzącego

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

podpis nauczyciela