W N I O S E K

o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli czynnych oraz emerytów i rencistów - byłych nauczycieli.

Dane nauczyciela

……..

……..

……

Uzasadnienie

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, dochody moje i wszystkich członków mojej rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe wyniosły łącznie…….., co w przeliczeniu na 1 osobę wynosi……..złotych/miesiąc.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art.233 kodeksu karnego oświadczam, że powyższe dane podałem/am zgodnie ze stanem faktycznym.

…….....

(podpis wnioskodawcy)

W załączeniu:

1) aktualne zaświadczenie lekarskie ostanie zdrowia,
2) posiadane dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia.