

Załącznik do uchwały Nr IV/28/24
Rady Gminy Brudzeń Duży
z dnia 8 sierpnia 2024 r.

A. Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....
(imię i nazwisko nauczyciela/ nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista, otrzymujący świadczenie kompensacyjne - wpisać)

.....
(adres zamieszkania i telefon kontaktowy)

.....
(miejsce pracy obecne/ było dla emerytów, rencistów, otrzymujących świadczenie kompensacyjne - wpisać)

.....
(wymiar zatrudnienia)

.....
(numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną)

.....
(łącznie poniesione koszty leczenia zgodnie z załączonymi fakturami lub rachunkami)

Uzasadnienie prośby o pomoc zdrowotną:

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

Oświadczam, że załączone faktury lub rachunki potwierdzające poniesione przeze mnie koszty leczenia nie zostały wykorzystane wcześniej do otrzymania jakichkolwiek świadczeń ze środków budżetu Gminy Brudzeń Duży.

.....
(data)

.....
(podpis)

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia nauczyciela;
- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia;
- oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny:

.....
(data, podpis wnioskodawcy)

B. Uwagi dyrektora placówki:

Stwierdzam, że Wnioskodawca nie wykorzystał załączonych do wniosku faktur lub rachunków do otrzymania jakiegokolwiek pomocy finansowej ze środków budżetu Gminy Brudzeń Duży w tym ze środków ZFŚS.

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

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć dyrektora placówki)