……………………….., dnia …………….. r.

 miejscowość

 **Wójt Gminy Warlubie**

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

…………………………………………………………………………………………………

*imię i nazwisko nauczyciela*

………………………………………………………………………………………………….…………….

*adres zamieszkania, telefon kontaktowy*

Status zawodowy nauczyciela: ……………………………………………………………………………..

 *czynny, emerytowany, przebywający na rencie – wpisać jedną z możliwości*

…………………………………………………………………………..………………………………….

*miejsce pracy (podstawowe), dla emerytów/rencistów - byłe miejsce pracy*

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

Uzasadnienie:

………………………………………………………………..………………….……………………......

………………………………………………………………….…………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………..….…………………………………..

Oświadczam, że średni dochód netto z trzech miesięcy poprzedzających złożenie niniejszego wniosku, przypadający na jednego członka rodziny, pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodu, wynosi ……………….. zł.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

* aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela;
* dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (tylko imienne faktury i rachunki imienne), bądź kwotę przewidywanych kosztów leczenia;
* …………………………………………………………………………..
* …………………………………………………………………………..

Proszę o przekazanie udzielonej pomocy finansowej na wskazany poniżej rachunek bankowy:

………………………………………………………………………………………………………………..

 ………………………………….

 podpis wnioskodawcy