|  |
| --- |
| Załącznik nr 1 do uchwały nr XI/61/2008Rady Gminy Suchożebry z dnia 27 marca 2008 r.  ……………………………………………………., dnia……………………………………………WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ1. Dane nauczyciela/emeryta lub rencisty, któremu ma być przyznany zasiłek: 1) Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………..……… 2) Adres zamieszkania i nr telefonu ……………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  3) Szkoła, w której nauczyciel/emeryt lub rencista jest lub był zatrudniony …………………………………………………………………………………………………………………………………….….. 2. Przeznaczenie pomocy zdrowotnej (wyszczególnienie potrzeb)……………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………3. Uzasadnienie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………....... ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. 4. Załączniki:1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………..
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………..
 |
|  |
|  |
|  |
| ……………………………………………………………………. (data i podpis wnioskodawcy) |

5. Opinia Komisji rozpatrującej wnioski i proponowana wysokość pomocy finansowej:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Podpisy członków Komisji:

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

Decyzja Dyrektora szkoły/Wójta Gminy

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości …………………………………………………………………………….

……………………………………………………………

 (data i podpis)