|  |
| --- |
| Załącznik nr 1 do uchwały nr XI/61/2008  Rady Gminy Suchożebry z dnia 27 marca 2008 r.    ……………………………………………………., dnia……………………………………………  WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ  1. 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)