*załącznik nr 1*

Pieczątka placówki

Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy Nr 2

04-462 Warszawa

ul. Strażacka 57

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

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

*Nauczyciel (imię i nazwisko)*

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

*Adres zamieszkania, telefon*

wymiar etatu …………… …………………………………………………………………………………………………….............................

*Czynny, emerytowany, przebywający na rencie – wpisać jedną możliwość*

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

*Miejsce pracy – dla emerytów/rencistów byłe miejsce pracy*

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego

**UZASADNIENIE:**

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

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

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

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

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

***W załączeniu do wniosku przedkładam***:

 **-** aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela;

 **-** dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia lub oświadczenie o ponoszonych kosztach;

 **-** str. nr 2 - oświadczenie o dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny.

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

Miejscowość i data Podpis wnioskodawcy

**Ostatnie przyznane świadczenie**: .........................................................................

***Stanowisko Komisji*:**

Komisja w dniu ........................ przyznała świadczenie w wysokości .......................................

słownie: .................................................................. zł

Komisja w dniu ........................postanowiła nie przyznać świadczenia z powodu: ...................

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

***Podpisy członków Komisji:***

***2***

**Oświadczenie o dochodach**

**Osoby wspólnie zamieszkujące z wnioskodawcą:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Nazwisko i Imię** | **Stopień pokrewieństwa** | **Oświadczenie o dochodach brutto za kwartał poprzedzający złożenie wniosku** |
| **1** |  | **wnioskodawca** |  |
| **2** |  | **mąż/żona** |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |

**Łączne dochody brutto osób prowadzonych ze mną wspólne gospodarstwo**

**domowe za miesiąc poprzedzający wynoszą ..………………….. zł,**

**co stanowi dochód na jednego członka rodziny ………………….. zł.**

**U**przedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań  **art. 233 § 1 Kodeksu Karnego ( Dz. U. 128 z 1997r., poz. 840 z późn. zm. )** oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są prawdziwe.

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

**Miejscowość i** **data Podpis wnioskodawcy**