

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

**ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU ZDROWOTNEGO NAUCZYCIELI SZKOŁY  
PODSTAWOWEJ NR 75 IM. POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICH  
W POZNANIU**

.....  
(Wnioskodawca – imię i nazwisko)

.....  
(Adres zamieszkania i nr telefonu)

.....  
(nr emerytury, renty)

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi zasiłku pieniężnego w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

**Uzasadnienie:** (opis choroby wraz z opisem przebiegu leczenia) .....

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

## Oświadczenie

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że średnia wysokość miesięcznych dochodów (brutto) ze wszystkich źródeł, z trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną, w przeliczeniu na jednego członka mojej rodziny wynosi: ..... słownie: .....

Mój numer rachunku bankowego: .....

.....

(miejsowość, data i czytelny podpis wnioskodawcy)

## II. Propozycja Komisji Socjalnej:

Na posiedzeniu w dniu ..... Komisja Socjalna zaopiniowała wniosek i proponuje:

- **Przyznać** świadczenie w kwocie .....,

słownie:.....

- **Nie przyznać** świadczenia

Uzasadnienie odmowy:

.....

.....

.....

**Podpis członków Komisji Socjalnej:**

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

**III. Decyzja Pracodawcy:**

- **Przyznaję świadczenie w kwocie .....**  
słownie: .....
- **Nie przyznaję świadczenia.**

**Uzasadnienie:**

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

Poznań, dnia .....

( *podpis Dyrektora* )