

Ostrołęka, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*imię i nazwisko*

\_\_\_\_\_  
*stanowisko*

**Dyrektor Zespołu Szkół Zawodowych Nr 3  
im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Ostrołęce**

### **WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

Zwracam się z prośbą o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkole, dla której organem prowadzącym jest Miasto Ostrołęka, w oparciu o Uchwałę Nr 76/VIII/2011 Rady Miasta Ostrołęki z dn. 28.04.2011 r. oraz uchwałę zmieniającą Uchwałę Nr 421/LVII/2017 Rady Miasta Ostrołęki z dn. 30.11.2017 r.

Do wniosku załączam:

1. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające przewlekłą chorobę, długotrwałe leczenie szpitalne lub specjalistyczne (oryginał)
2. Oświadczenie o miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny, ustalone na podstawie trzech miesięcy, poprzedzających miesiąc składania wniosku (oryginał)
3. Dokumenty imienne - faktury, potwierdzające poniesione wydatki w związku z leczeniem, wystawione w okresie - roku uprawniającym do ubiegania się o pomoc (oryginały)

4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*podpis wnioskodawcy*

Komisja ds. przyznawania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w ZSZ nr 3 w Ostrołęce na posiedzeniu w dn. \_\_\_\_\_ rozpatrzyła wnioski w oparciu o złożoną dokumentację i:

- przyznała świadczenie w wysokości \_\_\_\_\_ zł, ( słownie: \_\_\_\_\_ złotych)\*,
- nie przyznała świadczenia\*, z powodu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*\*niepotrzebne skreślić*

Imię i nazwisko upoważnionych członków Komisji

Podpis

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Zatwierdził:

---

*Dyrektor Szkoły*

---

*Podpis i pieczęć*