Warszawa, dn. ……………………………………………..

Komisja ds. Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli przy

XLV Liceum Ogólnokształcącym

im. Romualda Traugutta

w Warszawie

ul. Miła 26

WNIOSEK O PRZYZNANIE ZAPOMOGI ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

1. **Imię i nazwisko pracownika** ..............................................................................................................
2. **Data urodzenia** …………………………………………………… **3. Miejscowość** …………………………….…………………
3. **Stan cywilny** …………………………………………………………………………………………………………………………………..
4. **Adres zamieszkania** ………………………………………………………………………………………………………………………..

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

1. **Miejsce pracy** …………………………………………………………………………………………………………………………………
2. **Stanowisko** …………………………………………………………… **7. Wymiar pracy** ……………………………………………
3. **Staż prac w oświacie** ………………………………………………………………………………………………………………………
4. **Warunki materialne** ……………………………………………………………………………………………………………………….

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

1. **Emerytura** ………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Członkowie rodziny zamieszkali wspólnie bądź osoby niezamieszkałe wspólnie, pozostające na całkowitym lub częściowym utrzymaniu wnioskodawcy.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Wiek** | **Stopień pokrewieństwa** | **Wysokość dochodu** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |

1. **Uzasadnienie wniosku:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. **Wysokość zarobków wnioskodawcy:**
3. …………………………………………………………………………………….. ……………………………………………..

 Podpis pracownika komórki socjalnej

1. …………………………………………………………………………………….. ……………………………………………..

 Podpis pracownika komórki socjalnej

Do wniosku dołączono:

1. Zaświadczenie o zarobkach ……………………………………………
2. Zaświadczenie lekarskie o pobycie w szpitalu ……………………………………………
3. Rachunki (jeśli dotyczy zwrotu za lekarstwo, okulary itp.) ……………………………………………
4. ………………………………………………………………………………………. ……………………………………………
5. ………………………………………………………………………………………. ……………………………………………
6. ………………………………………………………………………………………. …………………………………………….
7. ………………………………………………………………………………………. ……………………………………………
8. ………………………………………………………………………………………. ……………………………………………
9. ………………………………………………………………………………………. …………………………………………….

Załączniki:

1. Oświadczenie o dochodach

Warszawa, dn. .............................................

**Oświadczenie o dochodach**

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że podane przeze mnie we wniosku dane są zgodne z prawdą, znane mi są przepisy o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwych danych w tym zakresie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Urząd m.st. Warszawy w zakresie objętym Regulaminem Funduszu Zdrowotnego, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

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

 data i czytelny podpis wnioskodawcy

Decyzją Komisji ds. Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli odbytym w dniu …………………………………………… postanowiono przyznać / nie przyznać zapomogę zdrowotna dla nauczycieli w wysokości …………………………………………… zł, słownie ……………………………………………………………………………………………..

**Podpisy :**

Przewodniczący Komisji ds. Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli ………………………………………………………

Członkowie

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

**Decyzja Dyrektora XLV Liceum Ogólnokształcącego im. Romualda Traugutta**

***udzielam/nie udzielam zapomogi zdrowotnej w wysokości ...................................zł***

…………………………….............…..

 data i podpis dyrektora