

Warszawa, dn.

**Komisja ds. Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli
przy
XLV Liceum Ogólnokształcącym
im. Romualda Traugutta
w Warszawie
ul. Miła 26**

WNIOSEK O PRYZNANIE ZAPOMOGI ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

1. Imię i nazwisko pracownika
2. Data urodzenia 3. Miejscowość
3. Stan cywilny
4. Adres zamieszkania
.....
5. Miejsce pracy
6. Stanowisko 7. Wymiar pracy
7. Staż prac w oświacie
8. Warunki materialne
.....
9. Emerytura
10. 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				

11. Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

12. Wysokość zarobków wnioskodawcy:

1)
.....
Podpis pracownika komórki socjalnej

2)
.....
Podpis pracownika komórki socjalnej

Do wniosku dołączono:

a) Zaświadczenie o zarobkach
b) Zaświadczenie lekarskie o pobycie w szpitalu
c) Rachunki (jeśli dotyczy zwrotu za lekarstwo, okulary itp.)
d)
e)
f)
g)
h)
i)

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 odbyłym w dniu

postanowiono przyznać / nie przyznać zapomogę zdrowotną 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 wysokościzł

.....
data i podpis dyrektora