WNIOSEK DO PREZYDENTA MIASTA ŻORY   
O PRZYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO   
W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ

1. **Dane osobowe nauczyciela / nauczyciela emeryta / nauczyciela rencisty**

Status nauczyciela (nauczyciel/emeryt/rencista):

Nazwisko i imię:

Adres zamieszkania:

Miejsce pracy:

Nr telefonu:

e-mail:

1. **Oświadczenie o osiąganych dochodach**

Łączny roczny dochód brutto rodziny podzielony przez 12 miesięcy i podzielony przez liczbę członków rodziny (dochód na 1 osobę brutto na miesiąc)

1. **Łączna wysokość poniesionych kosztów na leczenie szpitalne, specjalistyczne bądź leczenie z powodu przewlekłej choroby, w tym z zakupem leków na podstawie dowodów księgowych**:
2. okulary / soczewki korekcyjne :
3. leczenie stomatologiczne :
4. dofinansowanie kosztów leczenia specjalistycznego :
5. rehabilitacja i sprzęt niezbędny do rehabilitacji :
6. leki :
7. **Potwierdzenie zatrudnienia** (w przypadku nauczyciela-emeryta ostatnie miejsce pracy)

Data:

Podpis Dyrektora szkoły/przedszkola/placówki:

data i podpis wnioskodawcy: