załącznik nr 1

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

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

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania Miejsce pracy

1. **Oświadczenie o osiąganych dochodach**

Wysokość dochodów nauczyciela (brutto) ze wszystkich źródeł z 12 miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną, a w przypadku nauczyciela rencisty/emeryta dodatkowo roczne obliczenie podatku przez organ rentowy za rok poprzedzający złożenie wniosku (PIT 40 A):

1. **Łączna wysokość poniesionych kosztów na leczenie szpitalne, specjalistyczne bądź leczenie z powodu przewlekłej choroby, w tym z zakupem leków na podstawie dowodów księgowych:**

1. **Potwierdzenie zatrudnienia**

Data

Podpis Dyrektora szkoły/przedszkola/placówki

**Załączniki**

1. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające fakt korzystania z opieki zdrowotnej.
2. Inne np. faktury, rachunki

Dokument nr Kwota

Dokument nr Kwota

Dokument nr Kwota

Dokument nr Kwota

Dokument nr Kwota

Dokument nr Kwota

data podpis wnioskodawcy

* Wniosek wraz załącznikami należy złożyć w Urzędzie Miasta Żory Rynek 9 lub przesłać pocztą na adres urzędu