

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię, nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

**KOMISJA DS. POMOCY ZDROWOTNEJ
DLA NAUCZYCIELI**

za pośrednictwem
Wydziału Oświaty

ul. Pszowska 92 A
44-300 Wodzisław Śląski



**PODANIE O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI
ZATRUDNIONYCH W SZKOŁACH LUB PLACÓWKACH PROWADZONYCH
PRZEZ POWIAT WODZISŁAWSKI**

Zwracam się z wnioskiem o
w formie zasiłku pieniężnego w kwociezł (słownie:.....).

Uzasadnienie

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

Oświadczam, że:

- 1) jestem zatrudniona/y* /jestem emerytką/tę*/rencistką/stą*, która/y przed przejściem na emeryturę*/rentę* była/był zatrudniony/a w.....;
- 2) poprzednio uzyskałam/em pomoc zdrowotną w dniu
- 3) oświadczam, że średnia wysokość dochodów (brutto) na członka mojej rodziny za ostatnich 6 miesięcy wynosi : zł (słownie:.....).
- 4) oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią informacji dotyczących przetwarzania moich danych osobowych przez administratora danych oraz przysługujących mi praw związanych z tym przetwarzaniem, zawartych na stronie internetowej www.powiatwodzislawski.pl/mojedane.
- 5) oświadczam, że podane przeze mnie powyżej informacje są zgodne z prawdą.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Załączniki :

1. Zaświadczenia lekarskie:.....
2. Rachunki/faktury za leczenie w danym roku kalendarzowym:
3. Dodatkowe informacje wnioskodawcy:

.....
* - niepotrzebne skreślić