

Warszawa, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania i kod

.....
stanowisko

.....
wymiar czasu pracy

.....
miejsce pracy i adres

WNIOSEK

o przyznanie środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli czynnych oraz emerytów i rencistów – byłych nauczycieli szkół i placówek oświatowych prowadzonych przez Miasto Stołeczne Warszawa

Proszę o przyznanie zapomogi z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli.

Uzasadnienie*:

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

- w uzasadnieniu powinny być zawarte informacje dotyczące kosztów poniesionych przez nauczyciela w związku z przeprowadzeniem leczenia oraz okoliczności wpływających na sytuację materialną: przewlekła choroba, konieczność dalszego leczenia w domu, stosowanie diety, zapewnienie opieki dla chorego, konieczność ciągłych dojazdów a leczenie, konieczność rehabilitacji itp.

Dochód brutto z ostatnich 3 miesięcy wynosi:

.....
Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (Dz.U. Nr 133, poz. 883 z późn.zm.)

Załączniki:

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

.....
Podpis wnioskodawcy