Załącznik nr 1

Do Uchwały Nr 363/LIV/22

Rady Miejskiej w Chorzelach

z dnia 30 września 2022 roku

**BURMISTRZ**

**MIASTA I GMINY CHORZELE**

**Wniosek**

**o przyznanie pomocy zdrowotnej**

**dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej**

………………………………………………..

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

………………………………………………..

………………………………………………..

Adres zamieszkania

………………………………………………..

Numer telefonu

………………………………………………..

………………………………………………..

Nazwa szkoły,

w której nauczyciel jest/był zatrudniony

…………………………………………………………………………………………………..

Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną

**UZASADNIENIE WNIOSKU:**

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

W załączeniu:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (faktury, rachunki)
3. Oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny.

………………………………….…… ………………………………………….

(miejscowość i data) (podpis wnioskodawcy)

**Opinia Dyrektora szkoły:**

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

………………………………………….

(podpis Dyrektora szkoły)

**Opinia Komisji i proponowana wysokość pomocy finansowej:**

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

**Podpisy członków komisji:**

………………………………………….

………………………………………….

………………………………………….

………………………………………….

………………………………………….

………………………………………….

**Decyzja Burmistrza:**

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości …………………zł

(słownie…………………………………………………………………………………………)

………………………………………….

(data i podpis)