

WNIOSEK DO PREZYDENTA MIASTA ŻORY  
O PRYZNANIE 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:

**2. Oświadczenie o osiągniętych dochodach**

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

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

1. okulary / soczewki korekcyjne :
2. leczenie stomatologiczne :
3. dofinansowanie kosztów leczenia specjalistycznego :
4. rehabilitacja i sprzęt niezbędny do rehabilitacji :
5. leki :

**4. Potwierdzenie zatrudnienia (w przypadku nauczyciela-emeryta ostatnie miejsce pracy)**

Data:

Podpis Dyrektora szkoły/przedszkola/placówki:

data i podpis wnioskodawcy:

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