



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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. zaświadczenie lekarskie uzasadniające uzyskanie pomocy zdrowotnej,
2. dokumenty potwierdzające poniesione wydatki związane z leczeniem lub rehabilitacją,
3. dokumenty przedstawiające sytuację materialną w rodzinie.

**Oświadczam, że:**

- 1) jestem zatrudniona/y\*, jestem emerytką/em\*, rencistką/tą\*, przebywam na świadczeniu rekompensacyjnym dla nauczycieli, która/y przed przejściem na to świadczenie była zatrudniona/y w.....
- 2) poprzednio uzyskałam/em pomoc zdrowotną w dniu.....r.
- 3) oświadczam, że średnia wysokość dochodów (brutto) na członka mojej rodziny, prowadzącej wspólne gospodarstwo za ostatnie 3 miesiące wynosi.....  
(słownie złotych:.....miesięcznie.
- 4) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, w celu rozpoznania wniosku. Jednocześnie oświadczam, że tym samym zostałam/em powiadomiona/y o przysługującym mi prawie dostępu do swoich danych, ich poprawiania oraz dobrowolności podania danych.

.....  
*(podpis wnioskodawcy)*

Opinia komisji i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Podpisy członków komisji:

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

.....  
*(podpis Burmistrza)*