Załącznik
do uchwały Nr VII/25/2011
Rady Miejskiej w Sławnie
z dnia 28 lutego 2011 r.

Burmistrz Miasta Sławno
za pośrednictwem
Dyrektora

.....
(nazwa szkoły, przedszkola, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony)

.....

Wniosek
o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....
(nauczyciel -imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania, telefon)

Zwracam się z prośbą o udzielenie pomocy zdrowotnej w wysokości ..... zł.

Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej *(opis choroby wraz z opisem przebiegu leczenia)*:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przyznany zasiłek pieniężny proszę przekazać na konto .....

.....

....
(miejscowość, data) *(czytelny podpis wnioskodawcy)*

Załączniki:
1. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające:
   a) leczenie ze wskazaniem, czy jest ono związane z przewlekłą lub ciężką chorobą oraz czas trwania leczenia - ..... sztuk,
   b) leczenie specjalistyczne oraz czas trwania leczenia - ..... sztuk,
   c) konieczność stosowania protezy, sprzętu rehabilitacyjnego lub aparatury medycznej - ..... sztuk.
2. Imienne rachunki lub faktury za świadczenia - ..... sztuk.
3. Inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy, np. wypis ze szpitala lub sanatorium - ..... sztuk.
4. Oświadczenie o miesięcznych dochodach z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadających na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodu, przy czym miesięczna wysokość dochodu jest ustalana na zasadach określonych w art. 8 ust. 3-13 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz.U. Nr 64, poz.593 ze zmianami).

Opinia dyrektora szkoły/przedszkola:

.....

.....

.....

.....

.....

....
(miejscowość, data) *(podpis dyrektora)*

Decyzja Burmistrza Miasta:

1) przyznaję świadczenie w kwocie ..... zł.,

2) nie przyznaje świadczenia z powodu .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....
(miejscowość, data) *(podpis)*