Sosnowiec, dnia …………………..

**Zarząd Oddziału**

**Związku Nauczycielstwa Polskiego**

**w Sosnowcu**

**WNIOSEK**

**o udzielenie zapomogi zdrowotnej\***

1. Nazwisko i imię………………………………………..rok urodzenia………...

2. Nazwa szkoły, placówki……………………………...stanowisko…………….

3. Adres zamieszkania …………………………………………telefon………….

4. Seria i nr dowodu osobistego ………………………………………………….

5. Od kiedy należy do ZNP …………………..nr leg. ZNP……………………....

6. Wysokość dochodów brutto/oświadczenie/wnioskodawcy………………

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

………..………………

(podpis wnioskodawcy)

7. Nazwa zakładu pracy współmałżonka………………………………………….

………………………………………………………………………………….

8. Wysokość dochodów brutto współmałżonka (oświadczenie)…………………

(słownie………………………………………….)

…………………….

(podpis współmałżonka)

9. Ilość i wiek dzieci na wyłącznym utrzymaniu…………………………………

10. Dochód na jednego członka rodziny(brutto)………………………………….

11.Pomoc ze strony ZNP na przestrzeni ostatnich 3 lat…………………………..

………………………………………………………………………………….

12. Uzasadnienie wniosku:

………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………..

13. Załączniki: faktury potwierdzające wydatki na leki i rehabilitację, wypisy   
ze szpitala itp.

Przyznaną kwotę z tytułu zapomogi bezzwrotnej proszę przekazać na moje konto osobiste:

……………………………… nr konta……………………………….………….

(nazwa banku)

…………………………………

(podpis wnioskodawcy)

14. Opinia Zarządu Ogniska ZNP: proszę uwzględnić jaką pomoc udzielono

z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w placówce w ostatnim   
 okresie 2 lat (dotyczy zapomóg zdrowotnych)

………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………...

……………………………..

(podpis Prezesa Ogniska)

14. Uchwałą Nr ………… Prezydium Oddziału ZNP w Sosnowcu   
z dnia ……………przyznano zapomogę zdrowotną w kwocie………………

(słownie:…………………………………………………………………….......)

Nie przyznano zapomogi z powodu: …………………………………………

…………………………………………………………………………………..

Zwrócono wniosek do uzupełnienia z powodu:………………………………..

……………………………………………………………………………………

Podpisy członków

Komisji Zdrowotnej

1. ……………………….

2. ……………………….

3. ……………………….

4. ……………………….

Sosnowiec, dnia …………………

………………………………………

(podpis osoby odpowiedzialnej za przelew)

\*Należy uzupełnić wszystkie rubryki wniosku, lub wpisać sformułowanie „nie dotyczy”