*(do użytku wewnętrznego PM****)*** Warszawa…………………….

**Komisja Zdrowotna**

 **przy Pałacu Młodzieży w Warszawie**

**Wnioskuję** o przyznanie mi świadczenia z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli

 Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………………………………... PESEL…………………

Prośbę swoją motywuję:

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

Oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym razem ze mną pozostają następujący członkowie rodziny (za członków rodziny uważa się wnioskodawcę, osoby spokrewnione i nie spokrewnione wspólnie zamieszkujące i gospodarujące). **Należy podać dochody (renty, emerytury) wszystkich członków rodziny.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Data urodzenia** | **Miejsce pracy/nauki** | **Stopień pokrewieństwa** | **Miesięczny dochód brutto** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łączny miesięczny dochód brutto całego gospodarstwa domowego:** |  |

Do wniosku dołączam:

**Zał.1**...................................................................................................

**Zał.2**...................................................................................................

 **Zał.3**..................................................................................................

 **Zał.4** ...................................................................................................

**Niekompletny i nieczytelnie wypełniony wniosek oraz brak stosownych dokumentów sprawią, że wniosek nie będzie rozpatrywany i zostanie zwrócony wnioskodawcy.**

 W przypadku przyznania zapomogi proszę o przekazanie jej na moje konto bankowe:

…………………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczam, że wyżej podane informacje są prawdziwe i jest mi znana odpowiedzialność prawna**

**za wpisanie danych nieprawdziwych.**

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie koniecznym do przyznania i wypłaty zapomogi, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z 29 sierpnia 1997 r.*

 *(Dz. U. Nr 133 poz. 883 z późn. zm.)*

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

 (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Komisja Zdrowotna rekomenduje wniosek**:

1. POZYTYWNIE ………………………… KWOTA………………………………………….
2. NEGATYWNIE …………………………………………………………………………………….
3. Wniosek nie została rozpatrzony ze względu na: brak dokumentów, niekompletny lub nieczytelnie wypełniony formularz ……………………………………………………………………………….

Podpisy członków komisji:

1. …………………………………………. 5. ………………………………………………
2. ………………………………………… 6. ………………………………………………
3. ………………………………………… 7. ………………………………………………
4. …………………………………………

 ZATWIERDZAM

 …………………………………

 (podpis Dyrektora)

Warszawa………………………………