

Znak sprawy	Data złożenia wniosku

**Prezydent  
Miasta Koszalina**

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

Dane nauczyciela <i>(którego dotyczy wniosek)</i>										
Imię i nazwisko nauczyciela										
PESEL										
Nr telefonu lub/i adres poczty elektronicznej										
Adres zamieszkania		(ulica, nr domu, nr mieszkania)								
		kod pocztowy					-			
Wniosek dotyczy <i>(właściwe należy zaznaczyć „X”)</i>		<input type="checkbox"/> nauczyciela czynnego zawodowo <input type="checkbox"/> nauczyciela: emeryta/rencisty/otrzymującego świadczenie kompensacyjne								
Miejsce zatrudnienia / ostatnie miejsce zatrudnienia		nazwa szkoły								
		adres szkoły								
Dane wnioskodawcy <i>(należy wpisać jeśli wniosek składa opiekun prawny)</i>										
Imię i nazwisko wnioskodawcy										
PESEL										
Nr telefonu										
Adres zamieszkania		ulica, nr domu, nr mieszkania)								
		kod pocztowy					-			
Oświadczenie o dochodach										
*Miesięczne dochody z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadające odpowiednio na osobę samotnie gospodarującą lub na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym, przy czym miesięczna wysokość dochodu podlega ustaleniu na zasadach określonych w art. 8 ust. 3-13 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.										
L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Miejsce pracy-nauki	Wysokość dochodu z ostatnich 3 miesięcy w zł*					
1.		nauczyciel, którego dotyczy wniosek								
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
A.	Łączny dochód w rodzinie									
B.	Liczba osób w rodzinie wspólnie zamieszkujących i gospodarujących									
C.	Średni dochód na osobę w rodzinie (C=A/B)									
D.	Średni miesięczny dochód na osobę w rodzinie (D=C/3)									

