Załącznik nr 1 do regulaminu

**WNIOSEK**

**emeryta/rencisty/nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne**

**o przyznanie świadczenia**

Imię i nazwisko wnioskodawcy.....................................................................................................

Adres zamieszkania.......................................................................................................................

Aktualny numer telefonu………………………………………………………………………...

**Proszę o przyznanie (zaznaczyć jedno właściwe świadczenie):**

□ zapomogi zdrowotnej

□ dofinansowania do leczenia rehabilitacyjnego

□ dofinansowania do wypoczynku letniego tzw. „wczasów pod gruszą”

□ pomocy rzeczowo-finansowej (np. świątecznej)

□ zapomogi losowej

□ dofinansowania do wypoczynku dla dzieci i młodzieży uczących się

**Uzasadnienie**:........................................................................................................................................

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

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

**Załączniki**...............................................................................................................................................

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto na jednego członka rodziny w moim gospodarstwie domowym (za rok poprzedzający rok złożenia wniosku) wynosi ………………………………………zł

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

data i podpis wnioskodawcy

**Po rozpatrzeniu wniosku na posiedzeniu w dniu......................... Komisja Socjalna proponuje:**

udzielić dofinansowania dla...................................................................... tj. osoby uprawnionej do korzystania z Funduszu Świadczeń Socjalnych w kwocie: ...............zł (słownie zł:...............................................................)

Podpisy członków Komisji Socjalnej:

**DECYZJA**

Przyznaję dofinansowanie w kwocie..............................zł.

……………….………….............................................

podpis Burmistrz Łaz

Poświadczenie (lekarza, przychodni, szpitala itp.)

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

(Pieczątka przychodni, szpitala)

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

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

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

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

......................................., dnia.......................... …...............................................................

(podpis i pieczątka lekarza)