

Załącznik nr 2

Załącznik
do Uchwały Nr LI/653 /2010
Rady Miasta Jastrzębie Zdrój
z dnia 28 stycznia 2010 r.

Jastrzębie-Zdrój, dn

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania

.....
Nazwa szkoły, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO NA POMOC ZDROWOTNĄ**

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

(krótkie uzasadnienie wniosku)

Jednocześnie oświadczam, że:

- średnia wysokość dochodów brutto przypadających na jednego członka mojej rodziny ze wszystkich źródeł dochodu osiągniętych w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających okres ubiegania się przeze mnie o zasiłek wynosi: (słownie:)

Załączniki:

1.
2.
3.

.....
(podpis wnioskodawcy)

PROPOZYCJA KOMISJI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpisy członków komisji:

1.
2.
3.
4.
5.

DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY:

* Przyznaję zasiłek w wysokości: zł (słownie:)

* Nie przyznaję zasiłku

.....

Dyrektor szkoły:

(data, pieczęć i podpis)

*Niepotrzebne skreślić