

do REGULAMINU UDZIELANIA ZAPOMÓG ZDROWOTNYCH
DLA NAUCZYCIELI

pieczęćka wpływu-sekretariat szkoły:

--

Dyrektor
Katowickiego Centrum
Edukacji Zawodowej.....
imię i nazwisko dyrektora**WNIOSEK O ZAPOMOGĘ ZDROWOTNĄ NAUCZYCIELA NR**

1. Dane osobowe wnioskodawcy

Nazwisko:	Imię:
Adres zamieszkania:	
Telefon:	e-mail:

2. Jako uprawniony nauczyciel / zaznaczyć właściwe / zatrudniony na min 0,5 etatu, emeryt, rencista, na świadczeniu kompensacyjnym

zwracam się z prośbą o przyznanie zapomogi zdrowotnej przysługującej:

 po leczeniu szpitalnym wynoszącym ponad 14 dni, leczącemu się z powodu przewlekłej choroby związanej z wykonywanym zawodem, z powodu choroby wymagającej stałej opieki specjalistycznej, po zwolnieniu lekarskim trwającym co najmniej 2 miesiące.

zapomoga zostanie przeznaczona na częściowe pokrycie wydatków poniesionych w związku z:

 zakupem leków, odpłatnością za leczenie uzdrowskowe przysługujące na podstawie skierowania lekarskiego, zakupem wyrobów medycznych, środków pomocniczych, sprzętu i urządzeń rehabilitacyjnych zgodnie z §6. ust.3. Regulaminu.3. Do wniosku załączam następujące **wymagane** dokumenty / zaznaczyć właściwe / imienne faktury poświadczające poniesione wydatki na leczenie zgodnie z §10. ust.1. Regulaminu.
 dokumentację poświadczającą konieczność leczenia z przyczyn przewlekłej choroby związanej z wykonywanym zawodem zgodnie z §10. ust.2. Regulaminu,
 oświadczenie o wysokości miesięcznych dochodów zgodnie z §10. ust.3. Regulaminu.

.....

.....

/dodatkowe uzasadnienie/

.....
/miejscowość, data/.....
/podpis wnioskodawcy/**OPINIA LEKARZA O DŁUGOTERMINOWYM LECZENIU LUB RZEWLEKŁEJ CHOROBIIE**

.....

.....

.....

.....
/miejscowość, data/.....
/pieczęćka i podpis lekarza/

/pieczęć przychodni, poradni, szpitala/

OPINIA KOMISJI DO SPRAW PRYZNAWANIA ZAPOMÓG ZDROWOTNYCH

Komisja do spraw zapomóg zdrowotnych przy Katowickim Centrum Edukacji Zawodowej
w Katowicach na posiedzeniu w dniu postanawia zaopiniować

.....
/pozytywnie, negatywnie/

złożony wniosek NR i proponuje przyznać zapomogę zdrowotną w formie
zasiłku pieniężnego w wysokościzł.

Słownie:

Uwagi:

.....
.....

Podpisy komisji:

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

Katowice dn.

DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY

Po zapoznaniu się z opinią Komisji:

.....
.....

Katowice dn.

.....
/pieczętka i podpis dyrektora/