

....., dnia
(miejscowość i data wypełnienia wniosku)

Burmistrz Korsz

WNIOSEK O PRYZNANIE FINANSOWEJ POMOCY ZDROWOTNEJ

1. Imię i nazwisko nauczyciela:
2. Adres zamieszkania:
3. Status wnioskodawcy (właściwe podkreślić)
 - a) nauczyciel
 - b) nauczyciel-emeryt
 - c) nauczyciel-rencista
 - d) nauczyciel po przejściu na świadczenie kompensacyjne
4. Nazwa szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony/był zatrudniony bezpośrednio przed przejściem na rentę, emeryturę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne:
5. Wymiar zatrudnienia (dotyczy nauczycieli czynnych):

Proszę o udzielenie mi pomocy zdrowotnej w formie jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego na podstawie art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – *Karta Nauczyciela* (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674 z późn. zm.) w związku z uchwałą Nr V/34/2011 Rady Miejskiej w Korszach z dnia 28 stycznia 2011 r. w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

UZASADNIENIE WNIOSKU:

.....

.....

.....

.....

.....

OPINIA LEKARZA O STANIE ZDROWIA NAUCZYCIELA

....., dnia.....

.....
(podpis lekarza)

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. Ja, niżej podpisany(a), oświadczam, że:

miesięczny dochód netto rodziny wynosi (w zł)	ilość członków rodziny będących we wspólnym gospodarstwie	Dochód netto na członka rodziny miesięcznie wynosi(w zł)	Poniesione koszty leczenia wyniosły (w zł)

2. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku i załącznikach do niego zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

3. Prawdziwość danych zawartych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

W przypadku przyznania mi pomocy zdrowotnej zasiłek pieniężny proszę przekazać przelewem na należący do mnie rachunek bankowy o numerze:

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Do powyższego wniosku załączam następujące dokumenty:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie (o ile jest wypełnione na osobnym druku) ze wskazaniem rodzaju leczenia lub inna dokumentacja lekarska,
- 2) dokumenty potwierdzające wysokość poniesionych kosztów leczenia, zakupu leków i usług medycznych, szkieł korekcyjnych, aparatów słuchowych, protez (w tym zębowych), innych materiałów i wyrobów medycznych, bilety bądź oświadczenie o kosztach dojazdu do zakładów opieki zdrowotnych czy lekarzy.

.....
(podpis wnioskodawcy)