

Załącznik Nr 1

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu do kontaktu)

.....
(szkoła, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony)

.....
(status wnioskodawcy*)

WNIOSK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. Proszę o przyznanie świadczenia pieniężnego w ramach pomocy zdrowotnej z powodu:

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

2. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej proszę przekazać na rachunek bankowy o numerze:

.....
(nazwa banku i numer rachunku)

Do wniosku załączam:

1. Aktualne zaświadczenie lekarza o chorobie.
2. Oświadczenie o wysokości średnich dochodów brutto na jednego członka rodziny w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną.
3. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia.
4. Inne.....

.....
(podpis wnioskodawcy)

* nauczyciel, emeryt, rencista, osoba pobierająca nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, na zasadach określonych ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.), dla celów związanych z przyznaniem pomocy zdrowotnej.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia dyrektor szkoły:

Potwierdzam, że Pan(i)

jest osobą uprawnioną do pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.:

- 1) jest nauczycielem zatrudnionym w
- 2) jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenia kompensacyjne był zatrudniony w,
- 3) jest byłym nauczycielem zatrudnionym w....., pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenia kompensacyjne, dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany w

.....
(pieczęć szkoły data i podpis dyrektora szkoły)