

WNIOSEK O PRYZYKNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI
Uzasadnienie

Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

imię i nazwisko

adres zamieszkania

telefon kontaktowy

status wnioskodawcy

(nauczyciel, emeryt, rencista)

Szkoła, w której nauczyciel był lub jest zatrudniony

.....

Dane pełnomocnika bądź opiekuna:

(wypełnić w przypadku, gdy wniosek składa pełnomocnik bądź opiekun nauczyciela)

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

.....

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Uzasadnienie powinno zawierać m.in. informacje dotyczące poniesionych przez nauczyciela kosztów korzystania z opieki zdrowotnej, w szczególności specjalistycznych usług medycznych, zakupu lekarstw, sprzętu medycznego lub ortopedycznego, rehabilitacji zdrowotnej, korzystania z leczenia uzdrowiskowego.)

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- 1) zaświadczenie lekarskie,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia *(w szczególności faktury lub rachunki za leczenie, badania specjalistyczne, zabiegi, zakup lekarstw, protez, sprzętu rehabilitacyjnego)*,
- 3) dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.
- 4) inne *(np. pełnomocnictwo)*
-
-
-

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że:

- a) średnia wysokość dochodów (netto*) na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną, wynosi:.....zł, słownie:.....
-
- b) liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi osób,

2. Oświadczam, że koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia nie były refundowane z innych źródeł.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) w zakresie niezbędnym do jego zaopiniowania i przyznania świadczenia.

W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej w formie zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli proszę o wpłatę środków na:

numer osobistego rachunku bankowego:

.....

nazwa banku:

.....

* Dochód netto tj. dochód pomniejszony o składki na ubezpieczenie zdrowotne, społeczne oraz zaliczki na podatek dochodowy. Do dochodu tego wlicza się wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę, umowy zlecenia i o dzieło, wynagrodzenia za pracę dorywczą, świadczenia rodzinne i pielęgnacyjne, renty, emerytury, alimenty, zasiłki dla bezrobotnych, dochody z pozarolniczej działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego, świadczenia z pomocy społecznej (zasiłki stałe i okresowe), dochody z majątku rodziny (czynsze najmu i dzierżawy).

data i podpis wnioskodawcy: