Załącznik do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół

dla których organem prowadzącym jest Gmina Zator

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELA**

1. **Dane nauczyciela:**

1. Nazwisko i imię nauczyciela: ……………………………………………………………...

2. Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………….

3. Numer telefonu: ……………………………………………………………………………

4. Nr rachunku bankowego: …………………………………………………………………..

5. Jednostka oświatowa, w której nauczyciel jest zatrudniony lub był zatrudniony w przypadku nauczyciela emeryta, rencisty lub przebywającego na świadczeniu kompensacyjnym

…………………………………………………………………………………………………

1. Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałem/am: …………………………………………………………………….

(należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy)

1. **Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. **Dokumenty:**

Do wniosku załączam:

1. Zaświadczenie lekarskie o numerze ……………….. z dnia………………………… potwierdzające fakt istnienia przewlekłej choroby/długotrwałe leczenie szpitalne lub poszpitalne/konieczność zakupu wyrobów medycznych/sprzętu i urządzeń rehabilitacyjnych/sprzętu medycznego.\*
2. Następujące dokumenty potwierdzające potrzebę przyznania pomocy zdrowotnej:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Numer faktury/rachunku | Data wystawienia | Rodzaj wydatku | Kwota |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| Łączna kwota udokumentowanych wydatków |  |

3. Inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie):

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**IV. Oświadczenie:**

Oświadczam, że średni dochód netto przypadający na jednego członka rodziny pozostającego

ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym z trzech pełnych miesięcy poprzedzających

miesiąc, w którym złożono wniosek wynosi: ………………………………zł, (słownie zł:

………………………………………………………………………………………..)\*.

Ilość osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego: ………………………………….

*\*Do wysokości dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu wlicza się wszelkiego rodzaju zasiłki, w tym rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło uzyskane w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.*

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

Świadom(y)a odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego, potwierdzam zgodność

ze stanem faktycznym powyższych danych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby przyznania dofinansowania z funduszu zdrowotnego.

…………………… …………………………..

(miejscowość i data) (podpis wnioskodawcy)

1. **Wypełnia Dyrektor Szkoły:**

Potwierdzam, że Pan(i) (imię i nazwisko)…………………………………………. jest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.

1. Jest nauczycielem zatrudnionym w (nazwa szkoły) ………………………………..

w łącznym wymiarze……………etatu;

1. Jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w (nazwa szkoły): …………………………………………………………………………
2. Jest byłym nauczycielem zlikwidowanej szkoły (nazwa szkoły) ……………………………………………………………………..

Pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany w (nazwa szkoły) ………………………………………………………………………\*

.……………………………

 (pieczęć szkoły) (Data, pieczęć i podpis Dyrektora)

**VI. Decyzja**

Na podstawie Uchwały Nr ……………… Rady Miejskiej w Zatorze z dnia…………………

w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania, niniejszym przyznaję/nie przyznaję\*:

Pani/Panu: ……………………………………………………………………………………….

pomoc zdrowotną w wysokości: …………………………………………….zł.

(słownie zł: ……………………………………………………………………….. ).

 …………………………………

 Data, pieczęć i podpis Burmistrza

\*niepotrzebne skreślić