

WNIOSEK

o przyznanie zapomogi zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego dla Nauczycieli

I. Dane nauczyciela lub nauczyciela emeryta/rencisty ubiegającego się o zapomogę zdrowotną:

1. Imię i Nazwisko nr telefonu
2. Adres zamieszkania: ulica kod miejscowość
3. Miejsce pracy (w przypadku emeryta lub rencisty podać ostatnie miejsce pracy przed odejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)
4. Liczba lat pracy
5. Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)
6. Średni dochód brutto z ostatnich trzech miesięcy na jednego członka rodziny (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)zł, słownie:
7. Wskazanie sposobu wypłaty zasiłku (właściwe podkreślić): kasa MCE lub przekazać na konto - podać nazwę banku i nr konta

II. Uzasadnienie wniosku:

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

Załączniki: dokumenty potwierdzające wysokość poniesionych kosztów z tytułu leczenia (wypisać poniżej, dołączyć potwierdzone kserokopie):

- 1)
- 2)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z otrzymaniem pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 922 ze zmianami).

podpis składającego wniosek

III. Potwierdzenie dyrektora placówki oświatowej, że wnioskodawca jest osobą uprawnioną do korzystania ze świadczeń w zakresie pomocy zdrowotnej, t.j.:

- 1) jest nauczycielem zatrudnionym w w wymiarze etatu;
- 2) jest nauczycielem, który przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne i jego ostatnim zakładem pracy była

pieczętka i podpis dyrektora placówki oświatowej

IV. Poświadczenie lekarza, przychodni, szpitala o stanie zdrowia wnioskodawcy (np. choruje przewlekle, wymaga kosztownego leczenia farmakologicznego, stosowania specjalistycznej diety, długotrwałej rehabilitacji itp.):

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

podpis lekarza

.....

V. DECYZJA PREZYDENTA MIASTA KNURÓW Nr PK-A/BT/21/01/...../20.... z dnia

Działając na podstawie Uchwały Nr XXXIV/507/13 Rady Miasta Knurów z dnia 19 czerwca 2013 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania oraz w oparciu o załączone dokumenty, postanawiam:

1. Przyznać Pani/Panu zapomogę zdrowotną w wysokości:, słownie:
 2. Odmawiam przyznania Pani/Panu..... zapomogi zdrowotnej z powodu:
-

pieczętka i podpis
Prezydenta Miasta Knurów