

WNIOSEK

o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego nauczycieli

WNIOSKODAWCA

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

.....

3. A) miejsce pracy, w którym wnioskodawca **jest** zatrudniony (dot. nauczycieli czynnych)

.....

.....

(nazwa szkoły)

staż pracy pedagogicznej:(lat)

B) miejsce pracy, w którym nauczyciel **był** zatrudniony (nauczyciel emerytowany, przebywający na rencie, przebywający na nauczycielskim świadczeniu kompensacyjnym* - niepotrzebne skreślić)

.....

(nazwa szkoły)

4. Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną

.....

5. Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałem(am) w roku

i uzyskałem(am) pomoc zdrowotną w wysokości zł

UZASADNIENIE WNIOSKU:

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego z powodu (opisać przyczynę):

.....

.....

.....

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- dokumentację medyczną o stanie zdrowia, w tym aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
- oryginalne, imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia
- oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny
- inne dokumenty – wymienić jakie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w związku z przebiegiem prac związanych z przyznawaniem zapomóg zdrowotnych dla nauczycieli i nauczycieli emerytów i rencistów, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (dz. U. z 2016r. poz. 922).

.....

Podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE UPRAWNIENÍ I OPINIA DYREKTORA SZKOŁY:

Niniejszym potwierdzam, że Pan/Pani
posiada/nie posiada* uprawnień do korzystania z funduszu zdrowotnego nauczycieli.

Wniosek opiniuję pozytywnie / negatywnie* z uwagi na:

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

*niepotrzebne skreślić

.....
Podpis dyrektora szkoły

OPINIA KOMISJI DS. FUNDUSZU ZDROWOTNEGO NAUCZYCIELI I PROPONOWANA WYSOKOŚĆ POMOCY FINANSOWEJ:

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

PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI:

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

DECYZJA WÓJTA GMINY LUBRZA:

UDZIELONO / NIE UDZIELONO * POMOCY ZDROWOTNEJ

w wysokości:

(słownie złotych:).

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis Wójta)