

WNIOSEK o przyznanie pomocy zdrowotnej

1. Wnioskodawca

- imię i nazwisko.....
- adres zamieszkania.....
- telefon kontaktowy.....

2. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela

- a) Nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest/ był zatrudniony:
.....
.....
- b) Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku:
 - czynny zawodowo – wymiar czasu pracy.....
 - renta/emerytura
 - nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

3. Uzasadnienie wniosku

Charakterystyka choroby, przebieg, czas trwania choroby, koszty leczenia itp.

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

Forma przekazania pomocy zdrowotnej:

- odbiór w kasie
- przelew na konto (nazwa banku i nr konta)

.....

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 1) dokument potwierdzający fakt istnienia ciężkiej lub przewlekłej choroby:
 - aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione nie wcześniej niż na 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku w szkole,
 - kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzona za zgodność z oryginałem przez szkołę,
- 2) oryginalne imienne dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów leczenia (np. faktury, rachunki za konsultacje, leczenie, zabiegi, badania specjalistyczne, zakup leków, sprzętu rehabilitacyjnego) wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku w szkole,
- 3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie)

.....
.....

4. Sytuacja materialna/ oświadczenia

Liczba osób w rodzinie.....

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód brutto ze wszystkich źródeł przychodu z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, przypadający na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi zł.
słownie:.....

Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam/ korzystałem w roku

Prawidłowość powyższych danych (pkt 1-4) potwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy/a odpowiedzialności karnej (art. 233 § 1 Kodeksu karnego).

Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

5. Opinia Dyrektora (nie dotyczy wniosku składanego przez dyrektora szkoły)

Potwierdzam, że dane zawarte w pkt 2 lit. a i b są zgodne/ nie są zgodne* ze stanem faktycznym.

Wniosek wraz z załączoną dokumentacją został sprawdzony pod względem formalnym i merytorycznym. Wniosek **spełnia wymagania/ nie spełnia wymagań*** Regulaminu określającego rodzaje świadczeń oraz warunki i sposób przyznawania środków w ramach pomocy zdrowotnej nauczycielom szkół i placówek, dla których organem prowadzącym jest Powiat Iławski.

Wniosek opiniuję **pozytywnie/ negatywnie***.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis i pieczęć dyrektora)

* niepotrzebne skreślić

6. Propozycja Komisji opiniującej wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

- kwota poniesionych wydatków wynikająca z przedłożonych przez nauczyciela dokumentów.....
- kwota poniesionych wydatków po weryfikacji dokumentów.....
- dochód na 1 osobę- próg
- proponowana pomoc zdrowotna....., co stanowi% kwoty po weryfikacji
- uwagi Komisji

7. Decyzja Zarządu Powiatu Iławskiego

- Zarząd Powiatu Iławskiego przyznaje świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości zł.
- Zarząd Powiatu Iławskiego nie przyznaje świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Uzasadnienie:

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis osoby zatwierdzającej)