Załącznik *do uchwały w sprawie określenia rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach dla których organem prowadzącym jest Gmina Koronowo*

WNIOSEK
O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO
NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI

1. **Wnioskodawca** (imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy)

……
……
……

---

2. **Dane dotyczące zatrudnienia**

WYPEŁNIA NAUCZYCIEL/EMERYT/RENCISTA

a) Nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest/był zatrudniony

……
……

b) Status nauczyciela/emeryta/rencisty na dzień złożenia wniosku:

☐ czynny zawodowo ☐ renta/emerytura ☐ nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

c) Wymiar czasu pracy nauczycieli czynnych zawodowo……..

WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY/JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA

Poświadcza się, ze dane zawarte w pkt 2 a i b, zgodne są ze stanem faktycznym

…….. ……..
(miejscowość, data) (podpis i pieczęć osoby upoważnionej do poświadczenia)

Poświadczenie danych zawartych w pkt 2 a i b dokonują odpowiednio;

a) w stosunku do nauczycieli czynnych zawodowo- dyrektor szkoły w której nauczyciel jest zatrudniony
b) w stosunku do nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne - jednostka organizacyjna w której w/w osoby objęte są opieka socjalną

Proszę o przyznanie mi świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej z powodu:

……

……

……

……

……

3. Informacje wnioskodawcy

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

1) aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty o stanie zdrowia, wypis ze szpitala,
2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, zakupu sprzętu,(faktury, rachunki),
3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie)

…….

…….

…… ……

(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)

Oświadczenie

Świadomy(-a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego oświadczam, że średnia wysokość moich dochodów (netto) ze wszystkich źródeł z 3 miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną wynosi: ……..,
słownie zł (……..).

W przeliczeniu na jednego członka rodziny wynosi: ……..,
słownie zł (……..).

Jednocześnie oświadczam, że koszty związane z moim leczeniem wyniosły: …….……..,
słownie zł (……..),
co potwierdzają załączone do wniosku faktury.

…….. ……

(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)