

.....
/ imię i nazwisko wnioskodawcy /

nauczyciel / emerytowany nauczyciel *

.....
nazwa placówki oświatowej

.....

Wniosek o przyznanie zasiłku na pomoc zdrowotną

Wnioskuje o przyznanie zasiłku na pomoc zdrowotną w związku z tym, że :

- leczę się z powodu choroby zawodowej nauczycieli, wypadku przy pracy, przewlekłej lub ciężkiej choroby,
- po leczeniu szpitalnym kontynuuję leczenie w sanatorium,
- zostałem/łam poddany/a szczepieniu profilaktycznemu.
- zakupiłem/łam sprzęt rehabilitacyjny,
- poddałem/łam się leczeniu stomatologicznemu. (wykonanie protez) **

Dodatkowe uzasadnienie :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jednocześnie oświadczam, że nie pokryłem/am należności, w części lub całości, za wykonaną rzecz lub usługę z innych przyznanych mi środków publicznych (pomocy społecznej, zakładowego funduszu świadczeń socjalnych itp.).

.....
data, podpis wnioskodawcy

* Niepotrzebne skreślić
** Właściwe podkreślić

Do niniejszego wniosku załączam :

1.
2.
3.

W załączeniu: aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela, potwierdzenie poniesionych kosztów leczenia, oświadczenie o dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny.*

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w oświadczeniu dla potrzeb związanych z treścią wniosku o przyznanie zasiłku na pomoc zdrowotną zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

OPINIA KOMISJI ds. POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

Komisja opiniuje pozytywnie/negatywnie* wniosek Pana/i
z dnia

Uzasadnienie w przypadku negatywnej opinii :

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

Komisja proponuje przyznanie Wnioskodawcy zasiłku pieniężnego w kwocie : zł

(słownie :)

Piątek , dnia

Podpisy członków Komisji :

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

***Niepotrzebne skreślić**