

## WNIOSEK

### o przyznanie pomocy zdrowotnej nauczycielom

#### 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)

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

.....  
.....  
(nazwa szkoły)

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

.....  
.....

3. Ze środków fundusz zdrowotnego korzystałem w roku .....  
i uzyskałem pomoc zdrowotną w wysokości ..... zł

#### UZASADNIENIE WNIOSKU:

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

Uzasadnienie:

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

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 Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE.L Nr 119, str.1)

.....  
Podpis wnioskodawcy

**POTWIERDZENIE UPRAWNIENÍ I OPINIA DYREKTORA SZKOŁY:**

Niniejszym potwierdzam, że Pan/Pani

.....  
posiada/nie posiada\* uprawnień do korzystania z pomocy zdrowotnej nauczycieli i złożony wniosek jest kompletny  
Wniosek opiniuję pozytywnie/negatywnie\* z uwagi na

.....  
\*niepotrzebne skreślić

**OPINIA KOMISJI DS. POMOCY ZDROWOTNEJ NAUCZYCIELI I PROPONOWANA WYSOKOŚĆ POMOCY FINANSOWEJ:**

**PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI**

**DECYZJA WÓJTA GMINY REŃSKA WIEŚ**

UDZIELONO/NIE UDZIELONO\* POMOCY  
ZDROWOTNEJ W WYSOKOŚCI:

.....słownie: .....  
.....

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(pieczęć i podpis Wójta)