WNIOSEK

o przyznanie zapomogi zdrowotnej dla nauczycieli

zgodnie z art.72 Karty Nauczyciela

1. Nazwisko i imię.....

2. Nr PESEL.....

3. Adres zamieszkania .....

4. Pełna nazwa placówki w której wnioskodawca jest zatrudniony lub placówki odejścia na emeryturę .....

.....

5. Stanowisko .....

6. Wymiar czasu pracy.....

7. Uzasadnienie wniosku (opis choroby oraz przebieg leczenia): .....

.....

.....

.....

.....

.....

8. O jakie świadczenie ubiega się wnioskodawca:

a) dofinansowanie kosztów zakupu leków lub sprzętu medycznego

b) dofinansowanie kosztów pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej

c) dofinansowanie kosztów specjalistycznego leczenia

d) dofinansowanie kosztów pobytu na turnusach rehabilitacyjnych lub kosztów usług rehabilitacyjnych

9. Z jakiego tytułu wnioskodawca ubiega się o pomoc:

a) leczenia się w innej miejscowości z powodu braku odpowiedniej placówki w miejscu zamieszkania

b) leczenia się w miejscu zamieszkania z powodu przewlekłej lub wyjątkowo ciężkiej choroby

c) korzystania ze specjalistycznej pomocy lekarskiej w innej miejscowości pomimo istnienia placówki służby zdrowia w miejscu zamieszkania

10.Oświadczam, że moje miesięczne dochody brutto na 1 członka rodziny liczone za ostatnie 3 miesiące wynoszą .....

11.Przyznaną zapomogę proszę przekazać na moje konto osobiste podane w księgowości.

Oświadczam , że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych o stanie zdrowia (ustawa z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. Nr 101 poz.926 z 2002r. ze zmianami)

Czerniewo, dnia ..... Podpis wnioskodawcy .....

Załączniki do wniosku :

- aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty (pobyt w szpitalu, leczenie sanatoryjne, ambulatoryjne)
- imiennie wystawione rachunki lub faktury potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem
- oświadczenie o wydatkach ponoszonych z tytułu zakupów lekarstw.

Komisja opiniuje pozytywnie / negatywnie wniosek p. .....
i wnioskuje do Dyrektora Szkoły Podstawowej w Czerniewie o przyznanie/nie przyznanie pomocy zdrowotnej w formie świadczenia w wysokości ..... zł

Czerniewo, dnia .....