

**WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej**

WNIOSKODAWCA:

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania.....
3. Numer telefonu.....
4. a)* Miejsce pracy, w którym wnioskodawca **jest** zatrudniony (czynny nauczyciel):

.....
(nazwa szkoły)

Staż pracy..... lat(a).

- b)* Miejsce pracy, w którym wnioskodawca **był** zatrudniony:

.....
.....

(nazwa szkoły oraz rodzaj świadczenia odpowiednio renta/emerytura/nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)

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

.....

6. Ze środków funduszu zdrowotnego korzystał(e)am:

.....

(należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej)

UZASADNIENIE WNIOSKU:

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy finansowej z funduszu zdrowotnego z powodu (opisać przyczynę):

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

DOKUMENTY DOŁĄCZANE DO WNIOSKU:

1. Oświadczenie o dochodach:

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu, osiągniętych w okresie **trzech miesięcy** poprzedzających złożenie wniosku wynosi.....zł.

2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia w formie imiennych rachunków lub faktur:

W załączeniu do wniosku przedkładam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

3. Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed datą złożenia wniosku (oryginał):

W załączeniu do wniosku przedkładam następujący dokument:

- 1)

4. Dodatkowe kserokopie lub oryginały innych dokumentów dotyczących stanu zdrowia lub przebiegu choroby nauczyciela, o której mowa w zaświadczeniu lekarza, wystawione nie wcześniej niż w ciągu 12 miesięcy liczonych od dnia złożenia wniosku:

W załączeniu do wniosku przedkładam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Oświadczenie

Świadom(y)a odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego, potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym powyższych danych.

.....

(podpis wnioskodawcy)

.....

(miejscowość i data)

Opinia komisji ds. funduszu zdrowotnego dla nauczycieli

Komisja pozytywnie/negatywnie* opiniuje wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej.

Komisja proponuje wysokość świadczenia pieniężnego w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości.....

Słownie (złotych)

Podpisy członków komisji:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)

DECYZJA WÓJTA GMINY KONOPNICA

Przyznaję świadczenie pieniężne w ramach pomocy zdrowotnej* w wysokości.....

słownie (złotych).....

Nie przyznaję świadczenia pieniężnego w ramach pomocy zdrowotnej* (uzasadnienie).....

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

.....

(data i podpis)

* niepotrzebne skreślić