

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

(kod pocztowy, miejscowość)

(nr telefonu kontaktowego)

(Nazwa placówki, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony i stanowisko)

(miejscowość)

, dnia

(data)

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

Na podstawie Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli stanowiącego załącznik do uchwały Nr VIII.67.2019 Rady Miejskiej w Strumieniu z dnia 30 maja 2019 r. w sprawie ustalenia Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli (Dz. Urz. Woj. Śl. z dnia 6 czerwca 2019 r., poz. 4238) zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej.¹

UZASADNIENIE

W załączeniu do wniosku przedkładam (*właściwe podkreślić*):

- oryginał aktualnego zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego stan zdrowia i leczenie nauczyciela,
- oryginały imiennych rachunków lub faktur potwierdzających poniesione koszty związane z:
 - 1) zakupem leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych,
 - 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym,
 - 3) usługami medycznymi, w tym w szczególności badaniami specjalistycznymi i usługami rehabilitacyjnymi,
 - 4) leczeniem uzdrowiskowym przysługującym na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
- oświadczenie nauczyciela o średnim miesięcznym dochodzie brutto z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadającym na członka rodziny pozostającego z nim we wspólnym gospodarstwie domowym z uwzględnieniem wszystkich źródeł przychodu.

Przyznaną pomoc zdrowotną proszę przekazać na konto:

¹ Zgodnie z § 4 ust. 4 Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli stanowiącego załącznik do uchwały Nr VIII.67.2019 Rady Miejskiej w Strumieniu z dnia 30 maja 2019 r. w sprawie ustalenia Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli (Dz. Urz. Woj. Śl. z dnia 6 czerwca 2019 r., poz. 4238) **wniosek może dotyczyć udzielania pomocy zdrowotnej za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.**

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

(kod pocztowy, miejscowość)

(miejscowość)

, dnia

(data)

OŚWIADCZENIE NAUCZYCIELA

O ŚREDNIM MIESIĘCZNYM DOCHODZIE PRZYPADAJĄCYM NA CZŁONKA RODZINY

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadający na jednego członka mojej rodziny pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym z uwzględnieniem wszystkich źródeł przychodu wyniósł: zł
(słownie: złotych/100).

Oświadczenie składam w celu ustalenia przysługującego mi prawa do pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego.

(czytelny podpis wnioskodawcy)