

Wniosek o przyznanie świadczenia pomocy zdrowotnej

.....
Nauczyciel (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania i nr telefonu

.....
Status nauczyciela (czynny, emeryt, rencista, świadczenie kompensacyjne)

.....
Łączny wymiar zatrudnienia¹

.....
Nazwa szkoły lub placówki oświatowej, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony

Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej

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

Wysokość średniego miesięcznego dochodu brutto z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, przypadającego na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosi

.....

Ilość osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego

Dokumenty załączone do wniosku, o których mowa w §4 ust.3 Uchwały:

- aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę potwierdzające leczenie, wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy przed datą złożenia wniosku,
- oryginalne lub urzędowo poświadczone imienne rachunki lub faktury potwierdzające wydatek związany z leczeniem lub zakupem, o którym mowa §2 uchwały, z okresu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku.

Oświadczam, że załączone faktury lub rachunki potwierdzające poniesione przeze mnie koszty leczenia nie zostały wcześniej przedstawione do otrzymania jakichkolwiek świadczeń ze środków budżetu Miasta Gorzowa Wlkp.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

¹ Nie dotyczy nauczycieli emerytów, rencistów i nauczycieli otrzymujących świadczenie kompensacyjne

Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Prezydenta Miasta Gorzowa Wlkp. z siedzibą w Gorzowie Wlkp., ul. Sikorskiego 3-4 w celu przyznania świadczenia pomocy zdrowotnej.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o prawach osoby której dane dotyczą do: dostępu do danych osobowych, w tym uzyskania kopii tych danych; sprostowania (poprawiania) danych osobowych; żądania usunięcia danych osobowych; żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
4. Wiem, że moja zgoda może być przeze mnie odwołana w każdym czasie.

Gorzów Wlkp.
(data)

.....
(czytelny podpis)

Wypełnia dyrektor szkoły

1. Potwierdza się, że Pan(i) (imię i nazwisko):
jest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.:
 - 1) jest nauczycielem zatrudnionym w (nazwa szkoły/placówki)
.....w łącznym wymiarze etatu;
 - 2) jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w (nazwa szkoły/placówki)
.....;
 - 3) jest byłym nauczycielem zlikwidowanej szkoły (nazwa szkoły/placówki)
..... pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany w (nazwa szkoły/placówki)
.....
2. Potwierdza się, że wniosek został zweryfikowany, zawiera wszystkie dokumenty niezbędne do przyznania świadczenia pomocy zdrowotnej.

.....
Pieczęć szkoły

.....
Data i podpis dyrektora