

*Załącznik do uchwały w sprawie określenia rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach dla których organem prowadzącym jest Gimnazjum Koronowo*

**WNIOSEK  
O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO  
NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI**

1. Wnioskodawca (imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy)

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

2. Dane dotyczące zatrudnienia

**WYPEŁNIA NAUCZYCIEL/EMERYT/RENCISTA**

a) Nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest/był zatrudniony

.....  
.....

b) Status nauczyciela/emeryta/rencisty na dzień złożenia wniosku:

czynny zawodowo     renta/emerytura     nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

c) Wymiar czasu pracy nauczycieli czynnych zawodowo.....

**WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY/JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA**

Poświadczają się, że dane zawarte w pkt 2 a i b, zgodne są ze stanem faktycznym

.....  
(miejsceowość data)

.....  
(podpis i pieczęć osoby  
upoważnionej do poświadczenia)

Poświadczenie danych zawartych w pkt 2 a i b dokonują odpowiednio:

- a) w stosunku do nauczycieli czynnych zawodowo- dyrektor szkoły w której nauczyciel jest zatrudniony
- b) w stosunku do nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne - jednostka organizacyjna w której w/w osoby objęte są opieką socjalną

Proszę o przyznanie mi świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej z powodu:

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

### 3. Informacje wnioskodawcy

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty o stanie zdrowia, wypis ze szpitala,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, zakupu sprzętu.(faktury, rachunki),
- 3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie)

.....  
.....

.....  
(miejscowość, data )

.....  
( podpis wnioskodawcy)

---

### Oświadczenie

Świadomy(-a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego oświadczam, że średnia wysokość moich dochodów (netto) ze wszystkich źródeł z 3 miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną wynosi: .....  
słownie zł (.....).

W przeliczeniu na jednego członka rodziny wynosi: .....  
słownie zł (.....).

Jednocześnie oświadczam, że koszty związane z moim leczeniem wyniosły: .....  
słownie zł (.....),  
co potwierdzają załączone do wniosku faktury.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)