

RO.4480-1	Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej	Załącznik nr 1 do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w jednostkach oświatowych, dla których Gmina Chorzele jest organem prowadzącym
-----------	--	---

Chorzele, dnia r.

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

.....
Miejsce pracy
(w przypadku emeryta lub rencisty podać
ostatnie miejsce pracy przed odejściem na
emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie
kompensacyjne)

**BURMISTRZ
MIASTA I GMINY CHORZELE**

**Wniosek
o przyznanie pomocy zdrowotnej
dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej**

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną*

*** w przypadku nie podania numeru rachunku bankowego przyznane świadczenie pieniężne zostanie wypłacone w kasie Urzędu Miasta i Gminy w Chorzelach**

UZASADNIENIE WNIOSKU:

.....

.....

.....

.....

.....

DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM:

- ☐ zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki, stosowania leków, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku;
 - ☐ dokument potwierdzający poniesione koszty związane z leczeniem lub zakupem leków albo sprzętu medycznego, korzystaniem z usług rehabilitacyjnych lub inne koszty poniesione w związku z długotrwałym leczeniem szpitalnym lub specjalistycznym;
 - ☐ inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie):
-
-
-

- ☐ oświadczenie o przeciętnych dochodach (brutto) na jednego członka rodziny, osiągniętych w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających okres ubiegania się o pomoc zdrowotną.

.....

Podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie dyrektora placówki oświatowej, że wnioskodawca jest osobą uprawnioną do korzystania ze świadczeń w zakresie pomocy zdrowotnej, tj.:

- 1) jest nauczycielem zatrudnionym w
.....
..... w wymiarze etatu;
- 2) jest nauczycielem, który przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne i jego ostatnim zakładem pracy była/było
.....

.....

Podpis dyrektora szkoły/przedszkola