Świdnica, dnia ……..

……
(imię i nazwisko)

……

……
(adres zamieszkania)

……
(numer telefonu do kontaktu)

Wójt Gminy Świdnica
Urząd Gminy
ul. B. Głowackiego 4
58-100 Świdnica

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej

……
(szkoła, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony)

w wymiarze ……..…… etatu w okresie od ……..…….…….. do ……..……..……

Uzasadnienie: ……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Wypełnia dyrektor szkoły:
Potwierdzam, że Pan(i) …… ……
jest osobą uprawnioną do pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.:

1) jest nauczycielem zatrudnionym w ……
…….. w łącznym wymiarze ……. etatu;

2) jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenia kompensacyjne był zatrudniony w ……..…… ……;
3) jest nauczycielem zlikwidowanej szkoły w …… …… ……..…., pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenia kompensacyjne, dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany w ……

…… …….
pieczęć szkoły *data i podpis dyrektora szkoły*

Załączniki:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę lub inne dokumenty świadczące o stanie zdrowia tj. karta informacyjna, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (oryginały faktur i rachunków).
3. Oświadczenie (dotyczące ostatnich trzech miesięcy poprzedzających termin złożenia wniosku) o średniej miesięcznej wysokości dochodu brutto, przypadającego na osobę pozostającą z nauczycielem w jednym gospodarstwie domowym, lub osobę samotnie zamieszkującą.
4. Inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy – wymienić jakie i dołączyć

……
……
……

Pomoc zdrowotną proszę przekazać na rachunek bankowy

……
numer rachunku

Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, na zasadach określonych ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.), dla celów związanych z przyznaniem pomocy zdrowotnej.

…….
(czytelny podpis nauczyciela)

Uwaga!

Wnioski nauczycieli o przyznanie pomocy zdrowotnej powinny być składane do dnia 31 maja i 31 października.

Świdnica, dnia ……..

OŚWIADCZENIE
o sytuacji materialnej nauczyciela

……..……..……
Nazwisko i imię nauczyciela

…..……
Adres zamieszkania i nr telefonu

……..……

Niniejsze oświadczenie składam w celu przyznania mi świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.
Oświadczenie o dochodach:

L.p.	**Określenie rodzaju dochodu i członków rodziny nauczyciela, których dochód dotyczy**	**Liczba /kwota brutto**
1.	**Liczba osób w rodzinie** (dotyczy wszystkich członków rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym)	
2.	**Dochód* nauczyciela** ubiegającego się o pomoc zdrowotną, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku brutto w zł	
3.	**Dochód* współmałżonka i pozostałych członków rodziny** pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku brutto w zł	
4.	**Łączny dochód* rodziny** uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku brutto (poz. 2 + poz. 3) w zł	
5.	**Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny** (kwota z poz. 4 podzielona przez liczbę z poz. 1, a następnie podzielona przez 3 miesiące) w zł	

*wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu

……...
(czytelny podpis)