

WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej

I. Część wypełniana przez nauczyciela.

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania
3. Nr telefonu
4. Szkoła/placówka oświatowa, w której nauczyciel jest lub był ostatnio zatrudniony
.....
5. Uzasadnienie wniosku:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
6. Wnioskowana kwota świadczenia przyznawanego w ramach pomocy zdrowotnej zł.
7. Do wniosku załączam następujące dokumenty:
 - 1) zaświadczenie lekarskie,
 - 2) oryginały rachunków lub faktur potwierdzających dokonanie wydatku związanego z leczeniem lub zakupem - ... szt.,
 - 3) oświadczenie o miesięcznych dochodach brutto, z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku,
 - 4) inne dokumenty (*wymienić jakie*):
.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis czytelny nauczyciela)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922) przez Starostę Grajewskiego, ul. Strażacka 6B, 19-200 Grajewo, w celach związanych z przyznaniem pomocy zdrowotnej.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis czytelny nauczyciela)

II. Część wypełniana przez dyrektora szkoły/placówki oświatowej.

Niniejszym potwierdzam, iż Pan/Pani jest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.:

1) jest zatrudniona/y na stanowisku w (nazwa szkoły/placówki)

.....
w wymiarze etatu;

2) jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę/rentę/świadczenie kompensacyjne (*niepotrzebne skreślić*) zatrudniony był w

..... i w stosunku do którego obecnie naliczany jest odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych w
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć dyrektora szkoły)

III. Część wypełniana przez Komisję

Komisja powołana uchwałą nr/....../.... Zarządu Powiatu Grajewskiego z dnia w sprawie powołania Komisji w celu rozpatrzenia wniosków nauczycieli o przyznanie pomocy zdrowotnej, opiniuje pozytywnie/negatywnie (*niepotrzebne skreślić*) wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej i proponuje: przyznać świadczenie w wysokości zł/odmówić przyznania świadczenia (*niepotrzebne skreślić*).

Uzasadnienie negatywnej opinii odnośnie przyznania świadczenia:

.....

.....

.....
.....

Podpisy członków Komisji:

.....
.....

IV. Część wypełniana przez Starostę Grajewskiego

Przyznaję świadczenie w wysokości zł (słownie złotych:).

Odmawiam przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej (*niepotrzebne skreślić*).

Uzasadnienie odmowy przyznania świadczenia:
.....
.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Starosty)

OŚWIADCZENIE
o miesięcznych dochodach brutto

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania
3. Oświadczenie o dochodach, składane w ramach wnioskowania o przyznanie pomocy zdrowotnej:

1	Liczba osób w zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela*	
2	Dochód** brutto nauczyciela, ubiegającego się o przyznanie pomocy zdrowotnej, z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej	zł
3	Dochód** brutto pozostałych osób zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela, ubiegającego się o przyznanie pomocy zdrowotnej, z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej	zł
4	Łączny dochód brutto osób zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela (poz. 2 + poz. 3)	zł
5	Średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę zamieszkującą wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela (poz. 4 / poz. 1 / 3 m-ce)	zł

* dotyczy wszystkich osób zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela, łącznie z tym nauczycielem, w tym dzieci uczących się, lecz nie dłużej niż do 26 roku życia.

** wysokość dochodów ze wszystkich źródeł, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, dochód ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło, praw autorskich itp.), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za składanie fałszywych oświadczeń, poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis czytelny nauczyciela)

