

Załącznik Nr 1 do Regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania

## **Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

1) Imię i nazwisko nauczyciela:

.....

2) Adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy:

.....

3) Wnioskodawca inny, niż nauczyciel.....

( podać, kto jest upoważniony przez nauczyciela, którego wniosek dotyczy )

4) Imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer telefonu – podać, jeżeli jest inny, niż określony w pkt. 1 i 2.

.....  
.....

### **WYPEŁNIA NAUCZYCIEL / WNIOSKODAWCA INNY NIŻ NAUCZYCIEL**

1) Nazwa i adres szkoły/szkół, w której /których nauczyciele jest zatrudniony

..... w łącznym wymiarze  
.....obowiązującego wymiaru zajęć.

2) Data zatrudnienia: .....

/ pkt 1 i 2 wypełnia nauczyciel czynny zawodowo /

3) Nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel był zatrudniony przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne oraz data przejścia na w/w świadczenie:

.....

4) Nazwa i adres szkoły, z której nauczyciel przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, a składa wniosek o pomoc zdrowotną ze szkoły, w której naliczany jest na niego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych:

a) .....

/Nazwa i adres szkoły, z której nauczyciel przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne/

b) .....

/Nazwa i adres szkoły, w której naliczany jest na nauczyciela odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych/

5) Nazwa zlikwidowanej szkoły ..... po ustaniu zatrudnienia, w której nauczyciel pobiera emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany w szkole: .....

/ pkt 3, 4 i 5 wypełnia odpowiednio nauczyciel emeryt, rencista lub pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne /

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej wynikającej z poniesionych kosztów leczenia w wysokości ..... zł. (słownie: ....., udokumentowanych załączonymi dowodami (rachunki, faktury, itp.).

Złożenie wniosku uzasadniam:

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

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

- 1) zaświadczenie/a lekarskie o chorobie i wskazaniach lekarzy (specjalistów), co do dalszego leczenia (szt.....),
- 2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury, itp.), potwierdzające zakup leków, środków medycznych, ortopedycznych, korekcyjnych i innych (szt.....),
- 3) dokumenty potwierdzające pobyt i koszty pobytu w szpitalu (szt.....),
- 4) dokumenty potwierdzające pobyt i koszty pobytu w sanatorium – uzdrowisku – na turnusie rehabilitacyjnym (szt.....),
- 5) dokumenty potwierdzające koszty przejazdu bezpośrednio związanych z pomocą zdrowotną (szt.....),
- 6) dokumenty potwierdzające koszty badań specjalistycznych, koszty zabiegu, usług medycznych, rehabilitacyjnych (szt.....),
- 7) inne (wymienić) ..... (szt.....)

.....  
/miejsowość, data i czytelny podpis nauczyciela/wnioskodawcy/

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz załączonych do niego dokumentach na zasadach określonych ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) dla celów niezbędnych do zaopiniowania wniosku i przyznania pomocy zdrowotnej również w przypadku, jeśli składa wniosek inny podmiot posiadający moje upoważnienie.

.....  
/czytelny podpis nauczyciela/

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku na zasadach określonych ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) dla celów niezbędnych do zaopiniowania wniosku i przyznania pomocy zdrowotnej\*

.....  
/czytelny podpis wnioskodawcy/

\* podpisuje wnioskodawca inny niż nauczyciel

Proszę wskazać sposób wypłaty zapomogi\*:

Numer rachunku bankowego.....

\* proszę właściwie podkreślić i uzupełnić

i przedszkoli, korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania

### WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY

.....  
(pieczęć szkoły)

Poświadczam się, że dane zawarte w pkt ..... są zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
(miejsce, data dokonania poświadczenia)

.....  
(podpis i pieczęć dyrektora)

*Uwaga: W przypadku wniosków składanych przez dyrektorów szkół potwierdza podpisem Burmistrz Miasta Łowicza.*

i przedszkoli, korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania

### Oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela

Oświadczam, iż we wspólnym gospodarstwie domowym wraz ze mną pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Źródło dochodu	Wysokość dochodu* brutto (w zł.) z ostatnich 3 miesięcy
1		NAUCZYCIEL			
2					
3					
4					

Łączny dochód: .....

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

(do dochodu wlicza się w szczególności: pobory, emeryturę, rentę, wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z pomocy społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło, alimenty), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

Oświadczam, że łączny dochód brutto rodziny uzyskany w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku wyliczony na podstawie przychodów opodatkowanych i nieopodatkowanych ze wszystkich źródeł osób, które pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosi , ..... zł., a średni miesięczny dochód brutto\*\* przypadający na jednego członka rodziny wynosi .....zł.

\*\* średni miesięczny dochód brutto na jednego członka rodziny wyliczamy, dzieląc łączny dochód uzyskany w okresie 3 miesięcy, poprzedzających złożenie wniosku, przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, a następnie przez 3.

Oświadczam, że na moim wyłącznym utrzymaniu pozostają następujące osoby:

.....  
.....

W załączeniu:

1. zaświadczenie o dochodach wnioskodawcy
2. odcinek emerytury lub renty bądź decyzja ZUS o pobieranym świadczeniu
3. zaświadczenie o dochodach współmałżonka
4. odcinek emerytury lub renty bądź decyzja ZUS o pobieranym świadczeniu współmałżonka
5. zaświadczenia o dochodach dorosłych członków rodziny (szt. ....)
6. odcinki emerytury, renty lub innego świadczenia dorosłych członków rodziny (szt. ....)
7. oświadczenie o dochodach z gospodarstwa rolnego (szt. ....)
8. inne (wymienić) .....

.....  
/czytelny podpis nauczyciela lub upoważnionego wnioskodawcy/

**Decyzja Burmistrza Miasta Łowicza**

Działając na podstawie Uchwały Nr LVII/392/2018 Rady Miejskiej w Łowiczu z dnia 24 kwietnia 2018 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Miasto Łowicz oraz warunki i sposób ich przyznawania, a także w oparciu o załączona dokumentację postanawiam, co następuje:

Przyznaję\* Pani/Panu .....  
losową zapomogę pieniężną w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości ..... zł.  
(słownie: .....).

Nie przyznaję\* Pani/Panu .....  
losowej zapomogi pieniężnej w ramach pomocy zdrowotnej z powodu (uzasadnienie)  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\* zaznaczyć właściwe

.....  
/data, podpis i pieczęć Burmistrza /