

WNIOSEK
o przyznanie zapomogi zdrowotnej dla nauczycieli
zgodnie z art.72 Karty Nauczyciela

1. Nazwisko i imię.....
 2. Nr PESEL.....
 3. Adres zamieszkania
 4. Pełna nazwa placówki w której wnioskodawca jest zatrudniony
lub placówki odejścia na emeryturę
.....
 5. Stanowisko *
 6. Wymiar czasu pracy*.....
 7. Kiedy wnioskodawca korzystał z podobnego świadczenia.....
 8. Uzasadnienie wniosku (opis choroby oraz przebieg leczenia):
.....
.....
.....
.....
 9. O jakie świadczenie ubiega się wnioskodawca:**
 - a) dofinansowanie kosztów zakupu leków lub sprzętu medycznego
 - b) dofinansowanie kosztów pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej
 - c) dofinansowanie kosztów specjalistycznego leczenia
 - d) dofinansowanie kosztów pobytu na turnusach rehabilitacyjnych lub kosztów usług rehabilitacyjnych
 10. Z jakiego tytułu wnioskodawca ubiega się o pomoc:**
 - a) leczenia się w innej miejscowości z powodu braku odpowiedniej placówki w miejscu zamieszkania
 - b) leczenia się w miejscu zamieszkania z powodu przewlekłej lub wyjątkowo ciężkiej choroby
 - c) korzystania ze specjalistycznej pomocy lekarskiej w innej miejscowości pomimo istnienia placówki służby zdrowia w miejscu zamieszkania
 11. Oświadczam że moje miesięczne dochody brutto na 1 członka rodziny liczone za ostatnie 3 miesiące wynoszą
- Słownie :

Przyznaną zapomogę proszę przekazać na moje konto osobiste
Nr

Oświadczam , że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych o stanie zdrowia (ustawa z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. Nr 101 poz.926 z 2002r. ze zmianami)

Sosnowiec, dnia

.....
Podpis wnioskodawcy

Załączniki do wniosku :

- aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty (pobyt w szpitalu, leczenie sanatoryjne, ambulatoryjne)**
- imiennie wystawione rachunki lub faktury potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem**

12. Komisja Zdrowotna w składzie :

Podpis

- | | |
|---------|-------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |

opiniuje pozytywnie / negatywnie *** wniosek p.
i wnioskuję do Dyrektora ZSO Nr 2 w Sosnowcu o przyznanie/nie przyznanie ***
pomocy zdrowotnej w formie świadczenia w wysokości zł
Słownie:

Sosnowiec, dnia

13. Na podstawie Uchwały Nr 186/XIII/07 Rady Miejskiej w Sosnowcu z dnia 21 czerwca 2007 roku, oraz obwieszczenia Prezesa Rady Ministrów w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art 2 ust.4 ustawy z dnia 10 października 2002r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, przyznaję / nie przyznaję ***
zapomogę zdrowotną

p. w wysokości
słownie :

Sosnowiec, dnia

Dyrektor ZSO Nr 2 w Sosnowcu

- * dotyczy czynnych nauczycieli
- ** właściwe podkreślić
- *** niepotrzebne skreślić

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Opinia lekarza o stanie zdrowia wnioskodawcy:

1. Rozpoznanie:

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

2. Rodzaj choroby: *(właściwie zakreślić)*

a) choroba przewlekła

b) choroba wyjątkowo ciężka

c) inna

3. Uwagi

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(podpis lekarza)