

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. ....  
( nauczyciel - imię i nazwisko)

2. ....  
(adres zamieszkania i nr telefonu )

3. ....  
( numer rachunku bankowego wnioskodawcy)

.....

4. Nazwa szkoły , w której nauczyciel jest lub był zatrudniony  
.....

5. Uzasadnienie potwierdzające fakt korzystania z opieki zdrowotnej ( zgodnie z wydanym zaświadczeniem lekarskim) oraz opis ponoszonych kosztów związanych z leczeniem  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. Załączniki :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. Świadomy(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k za fałszywe zeznanie lub zatajenie prawdy oświadczam, iż przedstawione we wniosku informacje są prawdziwe, a ponadto oświadczam, że załączone w pkt 6 dokumenty potwierdzają fakt korzystania przeze mnie z opieki zdrowotnej i są merytorycznie powiązane z opisem zawartym w pkt 5 niniejszego wniosku.

8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych ( ustawa z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych, tj. Dz. U z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)

9. Miejscowość , dnia .....

Data i podpis wnioskodawcy .....

10. Ja niżej podpisany dyrektor ( nazwa szkoły) .....  
potwierdzam spełnianie przez wnioskodawcę wymogów określonych w § 4 Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

( data , pieczęć i podpis)

11. Opinia Komisji ds. rozpatrywania wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej

Komisja opiniuje pozytywnie/negatywnie\* złożony wniosek i proponuje przyznać świadczenie w wysokości ..... zł, słownie (.....)

(odmówić przyznania świadczenia\*)

Uzasadnienie :

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

12. Podpisy członków Komisji ds. rozpatrywania wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej.

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

13. Przyznaję świadczenie w kwocie : ..... zł ( słownie:..... )  
.....)

Data i podpis Burmistrza .....

**\*niepotrzebne skreślić**