

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. Imię i nazwisko nauczyciela

2. Adres zamieszkania

3. nr telefonu

4. Jest zatrudniona/y ☐ Byłam/em zatrudniona/y ☐

W
(nazwa i adres placówki)

5. Wymiar czasu pracy.....

6. Nr konta wnioskodawcy na jakie ma być przelana kwota ewentualnej pomocy zdrowotnej

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi/.....

Imię i nazwisko nauczyciela, któremu ma być przyznana pomoc zdrowotna
pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli.

Uzasadnienie

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

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

☐ aktualne zaświadczenie lekarskie lub inny dokument potwierdzające leczenie lub konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, protez lub wspomagającej aparatury medycznej, zalecanej przez lekarza rehabilitacji leczniczej, zakupu niezbędnego indywidualnego sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, protez lub wspomagającej aparatury medycznej, zakupu lekarstw, kosztów leczenia specjalistycznego w związku z przewlekłą chorobą lub pobytem szpitalnym

☐ dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, rehabilitacji leczniczej, zakupu niezbędnego indywidualnego sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, protez lub wspomagającej aparatury medycznej, zakupu lekarstw, kosztów leczenia specjalistycznego w związku z przewlekłą chorobą lub pobytem szpitalnym

☐ oświadczenie o wysokości poniesionych kosztów leczenia, rehabilitacji leczniczej, zakupu niezbędnego indywidualnego sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, protez lub wspomagającej aparatury medycznej, zakupu lekarstw, kosztów leczenia specjalistycznego w związku z przewlekłą chorobą lub pobytem szpitalnym
rachunki za leczenie specjalistyczne

☐ inne (proszę wymienić jakie):.....
.....

OŚWIADCZENIE O DOCHODZIE

Oświadczam, że w ciągu 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku dochód na członka rodziny wyniósł:

Imię i nazwisko nauczyciela	Dochód * rodziny (brutto) z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	Ilość członków rodziny będących na wspólnym gospodarstwie	Dochód brutto na członka rodziny	Poniesione koszty leczenia wg załączonych dokumentów/ lub złożonego oświadczenia
			D= B:C	
A	B	C	D	E

* Przez dochód rodziny należy rozumieć wartość wszystkich źródeł dochodu rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku.

OŚWIADCZENIE O PONIESIONYCH KOSZTACH

Oświadczam, że na leczenie poniosłam/em koszty w wysokości zł słownie (..... zł). W przypadku nie załączenia do wniosku dokumentów potwierdzających ich poniesienie, zobowiązuję się je przedłożyć do wglądu na wezwanie.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku.

Oświadczam jednocześnie, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z art. 32 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 z późn. zm.) w zakresie niezbędnym do przyznania świadczenia.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny, że:

1. administratorem tak zebranych danych osobowych jest Burmistrz Blachowni, ul. Sienkiewicza 22, 42 – 290 Blachownia;
2. dane nie zostaną udostępnione innym podmiotom;
3. mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania wraz z prawem do kontroli przetwarzania danych zawartych w zbiorze zgodnie z art. 32 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135).

.....
(data i podpis wnioskodawcy)