

WNIOSEK O ZAPOMOGE ZDROWOTNĄ

1. Imię i nazwisko:
dane kontaktowe - adres email*/ePUAP*:.
nr telefonu:
adres zamieszkania:
.....
2. Nauczyciel: czynny* / emeryt* / rencista*
3. Określenie głównego miejsca pracy nauczyciela*:
.....
wymiar zatrudnienia*:
4. Opis choroby i przebieg leczenia
.....
.....
.....
.....
.....
5. Do wniosku dołączam do wglądu wg specyfikacji na odwrocie:
 - 1) aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty (ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza);
 - 2) imiennie wystawione rachunki, faktury za dany rodzaj świadczenia:
 - 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*.

6. Proszę o realizację przyznanej zapomogi poprzez:

przekazanie przelewem na konto:

odebranie w oddziale
banku PKO BP S.A.

7. Oświadczenie o dochodach

Za okres trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się zosób, w tymdzieci.
W okresie od dośredni miesięczny dochód na 1 członka mojej rodziny wynosi zł (brutto)

Powyższe oświadczenie składam świadomy(a), iż na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy grozi kara pozbawienia wolności.

Sosnowiec, dnia:.....

.....
(podpis wnioskodawcy)

Specyfikacja przelozonych załączników	Potwierdzenie autentyczności i zgodności przedlozonych załączników UWAGI (wykaz rozbieżności)
<p>1) aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty:</p> <p>data wystawienia zaświadczenia:</p>	<p>data i podpis pracownika przyjmującego wniosek</p>
<p>2) imiennie wystawione rachunki, faktury za świadczenia:</p> <p>a) określenie rodzaju świadczenia: a)*, b)*, c)*, d)* numer identyfikacyjny: data operacji: kwota:</p>	<p>data i podpis pracownika przyjmującego wniosek</p>
<p>b) określenie rodzaju świadczenia: a)*, b)*, c)*, d)* numer identyfikacyjny: data operacji: kwota:</p>	<p>data i podpis pracownika przyjmującego wniosek</p>
<p>c) określenie rodzaju świadczenia: a)*, b)*, c)*, d)* numer identyfikacyjny: data operacji: kwota:</p>	<p>data i podpis pracownika przyjmującego wniosek</p>
<p>d) określenie rodzaju świadczenia: a)*, b)*, c)*, d)* numer identyfikacyjny: data operacji: kwota:</p>	<p>data i podpis pracownika przyjmującego wniosek</p>
<p>e) określenie rodzaju świadczenia: a)*, b)*, c)*, d)* numer identyfikacyjny: data operacji: kwota:</p>	<p>data i podpis pracownika przyjmującego wniosek</p>
<p>f) określenie rodzaju świadczenia: a)*, b)*, c)*, d)* numer identyfikacyjny: data operacji: kwota:</p>	<p>data i podpis pracownika przyjmującego wniosek</p>
<p>g) określenie rodzaju świadczenia: a)*, b)*, c)*, d)* numer identyfikacyjny: data operacji: kwota:</p>	<p>data i podpis pracownika przyjmującego wniosek</p>
<p>W PRZYPADKU WIĘKSZEJ LICZBY RACHUNKÓW/FAKTUR NALEŻY DOŁĄCZYĆ WŁASNY WYKAZ WG POWYŻSZEGO WZORU</p>	<p>Liczba przedlozonych załączników:</p>

Wniosek Komisji Zdrowotnej

Na podstawie złożonego przez Panią*/Pana*
wniosku i przedłożonych załączników, Komisja Zdrowotna:

- 1) opiniuje pozytywnie */negatywnie złożony wniosek*;
 - 2) wnioskuję do dyrektora o przyznanie*/odrzucenie* wniosku o udzielenie pomocy zdrowotnej w formie bezzwrotnego zasiłku pieniężnego;
 - 3) proponowana wysokość pomocy pieniężnej:
 - 4) uwagi komisji:
-
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sosnowiec, dnia:.....

Podpisy członków Komisji:

- 1) przewodnicząca/y:
- 2) przedstawiciel/e związków zawodowych:
- 3) przedstawiciel Rady Pedagogicznej:
- 4) przedstawiciel Rady Pedagogicznej:

DECYZJA DYREKTORA

Po zapoznaniu się z wnioskiem Komisji Zdrowotnej i biorąc pod uwagę kryteria określone w Uchwale Nr 186/XIII/07 Rady Miejskiej w Sosnowcu z dnia 21 czerwca 2007r.

- 1) przyznaję Pani/Panu zasiłek pieniężny na pomoc zdrowotną w wysokości
słownie*:
- 2) odmawiam przyznania Pani / Panu zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną z uwagi na*:
.....
.....
.....

Sosnowiec, dnia:.....

Podpis dyrektora:.....