

WNIOSEK O PRYZYNIANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....
Adres i nr telefonu

.....
Szkoła, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony

.....
(potwierdzenie dyrektora o zatrudnieniu lub przejściu na emeryturę/rentę)

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego.

Uzasadnienie:

.....
Wnioskowana kwota świadczenia wynosi:

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (faktury, rachunki),
- 3) oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny,
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie)

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, w związku z procedurą przyznawania pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)

.....
(miejscowość, data) (czytelny podpis nauczyciela)

Opinia dyrektora szkoły:

.....
(pieczęć szkoły)

.....
(data i podpis dyrektora)

Opinia Komisji Zdrowotnej:

.....
Proponowana wysokość świadczenia:

Słownie złotych:

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

OŚWIADCZENIE
o sytuacji finansowej rodziny

Członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym:

Lp.	Nazwisko i imię	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Miejsce pracy/nauki	Wysokość dochodu brutto w zł*
łączy dochód rodziny (suma dochodów osób w rodzinie)					
Wysokość dochodu przypadająca na jednego członka rodziny (dochód rodziny podzielony przez liczbę osób w rodzinie)					

*wysokość dochodów ze wszystkich źródeł podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu uzyskanych w ciągu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną

Świadoma/y odpowiedzialności kamej, zgodnie z art. 233 §1 Kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że znane mi są przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) i zobowiązuję się do przestrzegania ich postanowień oraz zachowania w tajemnicy wszystkich danych, do których miałem/am dostęp w związku z pracami w Komisji Zdrowotnej.

Członkowie Komisji Zdrowotnej, powołanej Zarządzeniem Nr

Starosty ~~.....~~, z dnia

Imię i nazwisko Podpis

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.