Załącznik nr 1
do Zarządzenia Nr 61/2023
Wójta Gminy Jasło
z dnia 29 czerwca 2023 r.

Wniosek
o przyznanie pomocy zdrowotnej
ze środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli

I. Dane wnioskodawcy ubiegającego się o zapomogę zdrowotną:

1. Imię i nazwisko ……..
2. Adres zamieszkania ……...
3. Telefon kontaktowy ……..
4. Wniosek dotyczy *(właściwe zaznaczyć znakiem X)*:

□ nauczyciela zatrudnionego w …….…….
(nazwa szkoły)

□ nauczyciela: emeryta / rencisty / otrzymującego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne*, który zatrudniony był w …….……..
(nazwa szkoły)

5. Informuję, że ze środków funduszu zdrowotnego korzystałem/am w roku ……..……
i uzyskałem pomoc zdrowotną w wysokości ……

6. Liczba osób w rodzinie *(dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólnie gospodarstwo domowe)* ……

7. Oświadczam, że średni dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy wynosi ……..…… zł *(słownie:* ……..……..……..).

II. Uzasadnienie wniosku

……...
……...
……...
……...
……...
……...
……..
…….

**niewłaściwe skreślić*

III. Rachunek bankowy wnioskodawcy do wypłaty pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

Nr rachunku bankowego

Nazwa banku ……

Dane właściciela rachunku bankowego:

imię i nazwisko ……

adres zamieszkania ……..……..……...

IV. Załącznik *(załączony do wniosku dokument zaznaczyć znakiem X)*

□ aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące od daty złożenia wniosku,

□ dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia tj. rachunki, faktury (wypisać poniżej i dołączyć potwierdzone kserokopie):

1) …….

2) …….

3) …….

……., ……
(miejscowość, data)

……
(podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z otrzymaniem pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

……
(podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE UPRAWNIEŃ I OPINIA DYREKTORA

Niniejszym potwierdzam, że Pan / Pani ……..……

□ jest nauczycielem zatrudnionym w ……..…….…… w wymiarze ……. etatu
(nazwa szkoły)

□ jest nauczycielem, który przeszedł na emeryturę / rentę / nauczycielskie świadczenie kompensacyjne* i jego/ jej ostatnim zakładem pracy była ……,
(nazwa szkoły)

posiada / nie posiada* uprawnień do korzystania z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli.

Wniosek opiniuję pozytywnie / negatywnie * z uwagi na: ……..……
……
……...…….
……...….
……...….

…..…….. ……..……
(miejscowość, data) *(podpis dyrektora szkoły)*

AKCEPTACJA WÓJTA GMINY JASŁO

Akceptuję / nie akceptuję* przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli dla Pana / Pani ……..…… w kwocie ..... zł
(słownie: ……..……..)

…….. ……
(miejscowość, data) *(podpis wójta)*

**niewłaściwe skreślić*