

## WNIOSEK o przyznanie pomocy zdrowotnej

1. Dane o wnioskodawcy:

|                      |                                                                                              |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię i nazwisko      | Telefon kontaktowy wnioskodawcy                                                              |
| Wnioskodawcą jest:*) | <input type="checkbox"/> nauczyciel,<br><input type="checkbox"/> członek rodziny lub opiekun |

2. Wnoszę o przyznanie pomocy zdrowotnej w roku ..... dla:

|                             |       |                                                                                         |                    |
|-----------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Imię i nazwisko nauczyciela | PESEL | Nauczyciel jest: *)                                                                     | Adres zamieszkania |
|                             |       | <input type="checkbox"/> czynny zawodowo<br><input type="checkbox"/> emerytem, rencistą |                    |

3. Wnioskowany rodzaj świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej:

| Lp. | Rodzaje świadczeń                                                                                           | Zaznaczyć odpowiednio*)  |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1.  | Zapomoga zdrowotna w przypadku długotrwałego lub przewlekłego leczenia                                      | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Zasiłek za zakup leków                                                                                      | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Koszty dojazdów na leczenie i pobyt w szpitalu                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Opłaty za zabiegi i operacje                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Całkowita lub częściowa refundacja kosztów pobytu w sanatorium, uzdrowisku lub na turnusie rehabilitacyjnym | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Całkowita lub częściowa refundacja kosztów pomocy leczniczej specjalistycznej                               | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Całkowita lub częściowa refundacja dodatkowej opieki świadczonej choremu                                    | <input type="checkbox"/> |

4. Złożenie wniosku uzasadniam: \*)

|                          |                                                                                                                    |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ciężką / przewlekłą chorobą,                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | korzystaniem z pomocy leczniczej specjalistycznej w innej miejscowości (ponoszeniem kosztów dojazdów na leczenie), |
| <input type="checkbox"/> | ponoszeniem kosztów leczenia sanatoryjnego, pobytu w uzdrowisku lub na turnusie rehabilitacyjnym,                  |
| <input type="checkbox"/> | kosztami dodatkowej opieki świadczonej choremu,                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | kosztami zakupu leków,                                                                                             |

|                          |                                       |
|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | kosztami pobytu w szpitalu,           |
| <input type="checkbox"/> | kosztami opłat za zabiegi i operacje. |

5. Do wniosku dołączam dokumenty potwierdzające zasadność udzielenia pomocy zdrowotnej oraz poniesionych kosztów leczenia: \*)

|                          |                                                                                                                                                |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | oświadczenie o średnich miesięcznych dochodach brutto na osobę w rodzinie nauczyciela z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, |
| <input type="checkbox"/> | zaświadczenie lekarskie o chorobie i wskazaniach specjalisty o dalszym leczeniu,                                                               |
| <input type="checkbox"/> | dokumenty potwierdzające ponoszenie kosztów leczenia (rehabilitacji),                                                                          |
| <input type="checkbox"/> | dokumenty potwierdzające zakup leków,                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> | dokumenty potwierdzające pobyt i koszty pobytu w szpitalu,                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | dokumenty potwierdzające pobyt i koszty pobytu w sanatorium, uzdrowisku, na turnusie rehabilitacyjnym,                                         |
| <input type="checkbox"/> | dokumenty potwierdzające koszty dodatkowej opieki świadczonej choremu,                                                                         |
| <input type="checkbox"/> | dokumenty potwierdzające koszty dojazdów do specjalisty,                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | dokumenty potwierdzające koszty opłat za zabiegi i operacje.                                                                                   |

6. Oświadczenia służące przyznaniu pomocy zdrowotnej:

- 1) Świadomy/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych we wniosku pod rygorem odpowiedzialności karnej.
- 2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych na potrzeby realizacji zadań wynikających z Ustawy – Karta Nauczyciela, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

\*) zaznaczyć właściwą kratkę

Opinia Komisji do rozpatrywania wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej:

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

Data: .....

Podpisy:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

Decyzja dyrektora szkoły:

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

.....  
(pieczęć szkoły)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis dyrektora szkoły)