Sulechów, ………………………

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI**

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer telefonu kontaktowego (*opcjonalnie*)

1. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela:
2. nazwa i adres jednostki oświatowej, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony[[1]](#footnote-1)

1. status nauczyciela na dzień składania wniosku:
* czynny zawodowo,
* emeryt/rencista,
* korzystający ze świadczenia kompensacyjnego.
1. wymiar czasu pracy nauczyciela czynnego zawodowo
2. Uzasadnienie wniosku

1. Numer rachunku bankowego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. W załączeniu do wniosku przedkładam:
2. aktualne zaświadczenie lekarskie lub zaświadczenie szpitalne,
3. dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, zakupów lub usług,
4. oświadczenie o sytuacji materialnej osoby uprawnionej do korzystania ze świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej
5. inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (*wymienić jakie*):

(miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

**POTWIERDZENIE ZATRUDNIENIA PRZEZ DYREKTORA SZKOŁY/PRZEDSZKOLA**

Poświadczam, że dane zawarte w pkt. 2 są zgodne ze stanem faktycznym.

 (miejscowość, data) (podpis osoby upoważnionej do poświadczenia)

 (pieczęć szkoły/przedszkola)

1. W przypadku emerytów/rencistów bądź nauczycieli korzystających ze świadczenia kompensacyjnego, proszę wskazać ostatnią jednostkę oświatową, w której nauczyciel był zatrudniony. [↑](#footnote-ref-1)