

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr
.....
Rady Miasta Wąbrzeźno z dnia
2017 r.

Burmistrz Wąbrzeźna

**WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej**

1. Imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

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

2. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela:

- a) Nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony:

.....
.....

- b) Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku:

czynny zawodowo renta/emerytura nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej.

Uzasadnienie:

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

3. W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej, w odniesieniu do osób ubiegających się o przyznanie pomocy na podstawie § 3 pkt 1 uchwały;

oryginalne imienne dokumenty potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty leczenia specjalistycznego – w odniesieniu do osób ubiegających się o przyznanie pomocy na podstawie § 3 pkt 2 uchwały;

oświadczenie o średniej miesięcznej wysokości dochodu brutto przypadającego na osobę pozostającą z nauczycielem w jednym gospodarstwie domowym lub osoby samotnie zamieszkującej, ze wszystkich źródeł przychodu z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku

inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela (proszę wymienić jakie):

.....

4. W przypadku przyznania mi świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej, proszę o przelanie środków finansowych na wskazane poniżej konto bankowe:

a) Imię, nazwisko i adres właściciela rachunku:

.....

b) Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....

Oświadczam jednocześnie, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922) w zakresie niezbędnym do przyznania świadczenia.

.....

(miejsce, data)

.....

(czytelny podpis nauczyciela)

**OŚWIADCZENIE
o dochodach**

1. Imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

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

| Lp. | Osoby w rodzinie/ dochód | Liczba osób/wysokość dochodu* brutto (w zł) |
|-----|--|---|
| 1. | Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) | |
| 2. | Dochód nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku | |
| 3. | Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku** | |
| 4. | Łączny dochód rodziny uzyskany w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (poz. 2 + poz. 3) | |
| 5. | Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny (poz. 4 podzielona przez poz. 1/podzielone przez 3 miesiące) | |

*wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną
** w oświadczeniu należy uwzględnić przychody członków rodziny(uprawnionego jego małżonka i dzieci będących na utrzymaniu pracownika do 18 roku życia lub 25 roku życia, jeżeli uczą się lub studiuja), pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Niniejsze oświadczenie składam w celu przyznania mi świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania pomocy.

Oświadczam jednocześnie, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922) w zakresie niezbędnym przyznania świadczenia.

.....

(data i czytelny podpis nauczyciela)

