

WNIOSEK
o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

Status nauczyciela

(nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista)

Nazwa szkoły w której nauczyciel jest zatrudniony (w przypadku emeryta lub rencisty nazwa szkoły w której jest uprawniony do korzystania z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych)

Dane pełnomocnika upoważnionego do złożenia wniosku:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

**wypełnić w przypadku, gdy wniosek składa pełnomocnik upoważniony do złożenia wniosku*

Uzasadnienie

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

(uzasadnienie powinno zawierać m.in. informacje dotyczące poniesionych przez nauczyciela kosztów korzystania z opieki zdrowotnej, w szczególności specjalistycznych usług medycznych, zakupu lekarstw, sprzętu medycznego lub ortopedycznego, rehabilitacji zdrowotnej, korzystania z lecznictwa uzdrowiskowego)

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela;
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (np. oryginały faktur, rachunków);
3. Pełnomocnictwo w przypadku wystąpienia okoliczności złożenia wniosku przez pełnomocnika;
4. Inne dokumenty uzasadniające przyznanie zapomogi dla nauczyciela tj.:

.....
.....

Oświadczenia :

1. Oświadczam, że koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia nie były refundowane z innych źródeł.
2. Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka gospodarstwa domowego ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi:zł*

*wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszystkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

3. W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej w formie świadczenia finansowego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli proszę o przelanie środków na :

Numer konta bankowego.....

Nazwa banku

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis nauczyciela lub jego pełnomocnika)

4. Oświadczam, że na podstawie art.7 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – Dz.U. UE.L. z 2016 r. Nr 119 – RODO), **wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie przez Urząd Miejski w Słupsku, Pl. Zwycięstwa 3, 76-200 Słupsk, reprezentowany przez Prezydenta Miasta Słupska**, moich danych osobowych, zawartych we wniosku oraz załączonych do niego dokumentach dla celów związanych z przebiegiem prac dotyczących przyznania świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis nauczyciela lub jego pełnomocnika)

Informacja dyrektora szkoły, w której nauczyciel (emeryt, rencista) ubiegający się o świadczenie pieniężne dla nauczycieli ma uprawnienia do korzystania z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w tej szkole.

.....
.....

.....
(data i podpis dyrektora szkoły)