

WNIOSEK

O PRYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI

1. Imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy nauczyciela, którego dotyczy wniosek:
.....
.....
2. W przypadku przyznania mi świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej, proszę o przełanie środków finansowych na wskazane poniżej konto:
Imię i nazwisko
Numer rachunku
3. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela:
 - a) Nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony:
.....
 - b) Wymiar etatu / wypełnia nauczyciel czynny zawodowo/
 - c) Status nauczyciela, na dzień złożenia wniosku:
czynny zawodowo renta/emerytura nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

Poświadczam, że dane zawarte w pkt 3 lit. a, lit. b, lit. c są zgodne ze stanem faktycznym

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do dokonania poświadczenia)

Poświadczenia danych zawartych w pkt 4 lit. a-b dokonują odpowiednio:

- a) w stosunku do nauczycieli czynnych zawodowo – dyrektor szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony,
- b) w stosunku do nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne – jednostki organizacyjne w której w/w osoby są objęte opieką socjalną.

Proszę o przyznanie mi zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną z powodu:

.....

.....

.....

.....

.....

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające przewlekłą lub ciężką chorobę,
- rachunki za leczenie specjalistyczne,
- rachunki za zakup środków pomocniczych,
- inne (wymienić jakie):

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku.

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 (t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.), w zakresie niezbędnym do jego zaopiniowania i przyznania świadczenia.

.....

(podpis wnioskodawcy)