

**WNIOSEK  
o przyznanie pomocy zdrowotnej**

.....  
Nazwisko i imię nauczyciela

.....  
Adres i nr telefonu

.....  
Status nauczyciela (nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista, pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)

.....  
Szkoła, w której nauczyciel jest lub był ostatnio zatrudniony

---

**Wypełnia dyrektor szkoły:**

Potwierdza się, że Pan(i) .....  
jest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.:

- 1) jest nauczycielem zatrudnionym w .....  
w łącznym wymiarze ..... etatu;
- 2) jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w .....
- 3) jest byłym nauczycielem zlikwidowanej szkoły .....,  
pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne,  
dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany  
w .....

.....  
(pieczęć szkoły)

.....  
(data i podpis dyrektora)

---

**Zwracam się z prośbą o przyznanie mi pomocy zdrowotnej. Złożenie wniosku uzasadniam:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Wnioskuje o przyznanie kwoty ..... zł z tytułu poniesionych kosztów leczenia.**

Przyznane świadczenie proszę przekazać na rachunek bankowy (nazwa banku i numer rachunku)

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie i wskazaniach dot. leczenia (wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej),
- 2) oryginały imiennych dokumentów (rachunków, faktur), potwierdzających poniesienie kosztów leczenia (za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku),
- 4) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny,
- 5) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy (wymienić, dołączyć potwierdzone kserokopie):

.....

.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis nauczyciela)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, na zasadach określonych ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j.; Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 z późn. zm.), dla celów związanych z przyznaniem pomocy zdrowotnej.

.....  
(data i czytelny podpis nauczyciela)

---

**Decyzja Burmistrza Gminy Wołów:**

Działając na podstawie uchwały nr XXIV/140/2016 Rady Miejskiej w Wołowie z dnia 28 stycznia 2016 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania, po rozpoznaniu wniosku oraz w oparciu o załączoną do wniosku dokumentację, postanawiam, co następuje:

**Przyznaję\*** Pani(u) ..... świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej,  
w wysokości: ..... zł (słownie: .....)

**Nie przyznaję\*** Pani(u) ..... świadczenia w ramach  
pomocy zdrowotnej z powodu (uzasadnienie): .....  
.....  
.....  
.....

\* niewłaściwe skreślić

.....  
(data i podpis Burmistrza)

Przewodniczący Rady Miejskiej  
  
Janusz Dziarski