Załącznik nr 1 do Regulaminu

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

…………………………………………………………………………………………

*Nauczyciel (imię i nazwisko)*

…………………………………………………………………………………………

*Adres zamieszkania, telefon*

…………………………………………………………………………………………

*Czynny, emerytowany, przebywający na rencie – wpisać jedną z możliwości*

………………………………………………………………………………………..

*Nr rachunku bankowego, na który ma być przekazana zapomoga, w przypadku jej przyznania*

…………………………………………………………………………………………

*Miejsce pracy (podstawowe) – dla emerytów/rencistów byłe miejsce pracy*

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego

Uzasadnienie:

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że średni miesięczny dochód (z ostatnich trzech miesięcy), poprzedzających okres ubiegania się o pomoc zdrowotną, przypadający na jednego członka rodziny w moim gospodarstwie domowym składającym się z …………osób, wynosi ……………..zł brutto.

Oświadczam, że w ubiegłym roku korzystałam / nie korzystałam (niepotrzebne skreślić) z zapomogi na pomoc zdrowotną, w wysokości…………………………………zł.

Oświadczam, że w bieżącym roku korzystałam / nie korzystałam (niepotrzebne skreślić) z zapomogi na pomoc zdrowotną, w wysokości…………………………………zł.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.\*

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela;
2. dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (tylko faktury i rachunki imienne), bądź kwotę przewidywanych kosztów leczenia;

…………………………………. ………………………………

Miejscowość i data Podpis wnioskodawcy

Opinia przedstawicieli związków zawodowych i proponowana wysokość pomocy zdrowotnej

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Podpisy przedstawicieli związków zawodowych :

NSZZ „Solidarność” POiW……………………………………

Ognisko ZNP…………………………………………………..

MOZ ONZZ „Solidarność’80”…………………………………

Decyzją dyrektora przedszkola ……………………………….. (udzielono / nie udzielono) pomocy zdrowotnej w wysokości………………………………… zł (słownie złotych ………………………………………………………………………)

……………………………………………

(podpis dyrektora przedszkola)