Załącznik nr 1 do Uchwały Nr XLVIII/276/2017
Rady Miejskiej w Łęczycy
z dnia 6 kwietnia 2017 r.

WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej

…….....

(imię i nazwisko nauczyciela)

…….....

(adres zamieszkania, nr telefonu)

…….....…….....

(status nauczyciela na dzień złożenia wniosku: nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista, pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)

…….....…….....
.

(nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest lub był ostatnio zatrudniony)

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi pomocy zdrowotnej, wynikającej z poniesionych w roku ..... kosztów leczenia/zakupu w wysokości ..... zł (słownie: .....), udokumentowanych załączonymi dowodami (rachunkami, fakturami).

Złożenie wniosku uzasadniam:

……..…….....…….....…

……..…….....…….....

…….....…..…….....

……..…….....

.....

Z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku ..... z powodu:

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

W przypadku przyznania mi pomocy zdrowotnej, proszę o przelanie środków finansowych na wskazane poniżej konto bankowe*:

…….....…….....

(nazwa banku i numer konta)

* w przypadku niewskazania numeru rachunku bankowego środki finansowe zostaną wypłacone w kasie Urzędu Miejskiego w Łęczycy.

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie i wskazaniach dotyczących leczenia;

2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione koszty leczenia lub zakupu (za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku);

4) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela;

5) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić):

...……..…….....…….....

……..……...

..... (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 (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922), dla celów związanych z przyznaniem pomocy zdrowotnej.

……..……...

..... (miejscowość, data)
(czytelny podpis nauczyciela)

Opinia i proponowana wysokość pomocy zdrowotnej:

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

.....

(podpis Burmistrza Miasta Łęczyca)