**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI**

1. **Imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy nauczyciela, którego dotyczy wniosek:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………………………………… | …………………………………………………………………….. | ………………………………………………………………. |

1. **W przypadku przyznania mi świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej, proszę o przelanie środków finansowych na wskazane poniżej konto bankowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Numer rachunku** |  |

1. **Wnioskodawca** ………………………………………………………………………………………………..

( imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy lub siedziba) - podać, jeżeli jest inny, niż określony w pkt 1)

1. **Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela:**

……………………………………………………………………………………………….

( data zatrudnienia w szkole/placówce, data przejścia na emeryturę/rentę)

**WYPEŁNIA NAUCZYCIEL**

1. 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

**WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY / JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA**

-Poświadcza się, że dane zawarte w pkt 4 lit. a, lit. b, lit. c są zgodne ze stanem faktycznym

……………………………………

(miejscowość, data)

……………………………………………….

(podpis i pieczątka 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 - jednostka organizacyjna w której w/w osoby objęte są opieką socjalną**.

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

( wybrać jedną lub kilka z poniższych)

1) leczeniem spowodowanym ciężką lub przewlekłą chorobą, szczególnie związaną z wykonywaną pracą;

2) korzystaniem z pomocy specjalistycznej, specjalistycznych badań, konsultacji;

3) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu;

4) leczeniem sanatoryjnym;

5) długotrwałą rehabilitacją, w tym związaną z chorobami zawodowymi i powypadkowymi;

6) koniecznością skorzystania z usługi z zakresu protetyki dentystycznej oraz specjalistycznych zabiegów leczniczych ze względów zdrowotnych i estetycznych.

2. Zapomoga może być przyznana na pokrycie kosztów:

1) zakupu leków związanych z chorobą będącą podstawą wystawienia zaświadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 2 pkt 1 i zleconych przez lekarza;

2) odpłatnych badań diagnostycznych, zabiegów leczniczych, usług rehabilitacyjnych, konsultacji i hospitalizacji związanych z przewlekłą chorobą;

3) zakupu sprzętu, umożliwiającego pracę oraz niezbędnego do przeprowadzenia zaleconego przez lekarza leczenia lub rehabilitacji;

4) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego przysługującego na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego np. turnusy rehabilitacyjne;

5) zakupu niezbędnych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych zleconych przez lekarza;

6) dodatkowej opieki nad chorym w domu, korzystania z usług pielęgnacyjno-opiekuńczych;

7) zakupu szkieł korekcyjnych.

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 (proszę 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