……………………….., dnia …………………..

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

**Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek:**

Imię i nazwisko ……………………………………….……………….…………..……………

Adres zamieszkania ………………………………………….………………………….…….

Telefon kontaktowy ……………………………………….……………………………………

Status wnioskodawcy ………………………………….……………….……………………..

 (*nauczyciel, emeryt, rencista)*

Szkoła w której nauczyciel był lub jest zatrudniony ……………………………………………..

**Uzasadnienie**

……………………………………………………………….…………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………

*(uzasadnienie powinno zawierać m.in. informacje dotyczące poniesionych przez nauczyciela kosztów korzystania z opieki zdrowotnej, w szczególności specjalistycznych usług medycznych, konieczność dalszego leczenia w domu, stosowania specjalistycznej diety, zapewnienia dodatkowej opieki dla chorego zakupu lekarstw, sprzętu medycznego lub ortopedycznego, rehabilitacji zdrowotnej, korzystania z lecznictwa uzdrowiskowego)*

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

1. aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza specjalisty stwierdzającym fakt leczenia się w specjalistycznej poradni lekarskiej,
2. inne.…………………………................................................................................................

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że wysokość miesięcznego dochodu przypadającego na jednego członka rodziny w roku poprzedzającym złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej wynosi:........................................... słownie .......................................................................... (PIT 37, dochód po odliczeniach składek na ubezpieczenie społeczne)
2. Oświadczam, że liczba członków mojej rodziny, z którymi pozostaję we wspólnym gospodarstwie (osoby pozostające na utrzymaniu), łącznie ze mną wynosi …………………………………………. osoby/osób.
3. Oświadczam, że informacje o wysokości poniesionych kosztów leczenia specjalistycznego przedstawione w uzasadnieniu są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Oświadczam, że koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia nie były refundowane z innych źródeł.
5. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby przyznania dofinansowania z Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. poz. 1000 z późn. zm.)

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

 (m*iejscowość i data*) (*podpis wnioskodawcy)*

W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej w formie zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli proszę o przelanie środków na:

Numer konta osobistego:…………………………………………….…………………………..

Nazwa banku ……………………………………………………………………………………

**Opinia dyrektora szkoły, w której pracuje bądź pracował nauczyciel ubiegający się o pomoc zdrowotną**

………………………………………………………………………………..…………………

………………………………………………………………………………..……….…………

……………..………………………

 *(data i podpis dyrektora)*

**Podpisy członków komisji**

*……………………………………….*

*……….……………………………….*

*……….……………………………….*

*……….……………………………….*