

WNIOSEK
O PRYZYCNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO
NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI

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

.....
.....

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

Imię i nazwisko

Numer rachunku

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

.....
.....

4. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela:

.....
.....

WYPEŁNIA NAUCZYCIEL

.....
.....

a) 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

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

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

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):

.....

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto wyliczony za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, wyniósł w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobęzł (netto) słownie

.....
Świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych świadczeń, 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 (Dz. U. z 2015, poz. 2135 z późn. zm.), w zakresie niezbędnym do jego zaopiniowania i przyznania świadczenia.

.....
podpis wnioskodawcy