

Załącznik Nr 1 do Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych oraz nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli pobierających świadczenie kompensacyjne w szkołach, przedszkolu prowadzonych przez Gminę Jastrzęb

**WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO
NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI**

1. WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy.....

Numer konta bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc

zdrowotną.....

Uzasadnienie wniosku:

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

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

(właściwe zaznaczyć)

- ☐ Rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia,
- ☐ Zaświadczenie lekarskie potwierdzające przewlekłą lub ciężką chorobę
- ☐ Oświadczenie o dochodach

OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej z art.233 § 1 Kodeksu Karnego, potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym powyższych danych. Jednocześnie 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. z 2019r poz. 1781 z póź. zm)

.....
(Data i podpis wnioskodawcy)

Informacja Dyrektora Szkoły lub osoby upoważnionej

.....
.....

.....
(Data i podpis Dyrektora szkoły
lub osoby upoważnionej)

Decyzja Burmistrza Gminy Jastrzęb

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej* w wysokości.....zł

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej *

* niepotrzebne skreślić

.....
(Data i podpis Burmistrza Jastrzębia)