Nr sprawy: …............................ Kłodzko, dnia …...…...............

*(wypełnia Komisja)*

**WNIOSEK**

**o przyznanie zapomogi zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli**

**I. Dane nauczyciela lub nauczyciela emeryta/rencisty\* ubiegającego się o zapomogę zdrowotną:**

1. Imię i Nazwisko ……………...................………………………………………………. nr telefonu ………….............………

2. Adres zamieszkania: ……………..…………….................................. kod pocztowy….......……….. miejscowość ……...................…………………………………………………………………………………………………………………

3. Miejsce pracy (*w przypadku emeryta lub rencisty podać ostatnie miejsce pracy przed odejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne*): ………………………………………..........................................................................................................................

4. Liczba lat pracy ………………………….………………………….………………………….………………………….………………….

5. Liczba osób w rodzinie (*dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe*) ..………………………………………………………………………….………………………….…………………………………….

6. Średni dochód brutto z ostatnich trzech miesięcy na jednego członka rodziny: …………….…..……………….zł, słownie:……………………………………….……………………………….................................

7. Wskazanie sposobu wypłaty zasiłku - numer konta bankowego wnioskodawcy i nazwa banku: …………………………………………………………………………………………………..............................................................

**II. Uzasadnienie wniosku:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Załączniki: (aktualne, wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę i leczenie nauczyciela; imienne dokumenty potwierdzające koszty leczenia poniesione w ciągu 6 miesięcy przed złożeniem wniosku (w szczególności faktury lub rachunki za leczenie, badania specjalistyczne, zabiegi, zakup lekarstw, protez, sprzętu rehabilitacyjnego; paragony nie będą uwzględniane; oświadczenie o dochodach; inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej)*

1. ……………………………………………………………………………………………...…………….
2. …………………………………………………………………………………….......…………………
3. ……………………………………………………………………………………………………………..
4. ……………………………………………………………………………………………………………..
5. ……………………………………………………………………………………………………………..
6. ……………………………………………………………………………………………………………..

*Ja, ………………………………………………….. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zwykłych oraz danych osobowych specjalnej kategorii zawartych w n/n wniosku oraz w załącznikach do n/n wniosku przez Burmistrza Miasta Kłodzka, pl. B. Chrobrego 1, 57-300 Kłodzko, w celu rozpatrzenia i realizacji wniosku o przyznanie zapomogi zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli.*

*Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez dostarczone cofnięcia zgody, osobiście do siedziby Burmistrza Miasta Kłodzka, pl. B. Chrobrego 1, 57-300 Kłodzko.*

*Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.*

*Cofnięcia zgody nie wpływa na zgodność przetwarzania danych osobowych z prawem , którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej cofnięciem.*

*…........................................................*

*/podpis składającego wniosek/*

**III. Potwierdzenie dyrektora placówki oświatowej, że wnioskodawca jest osobą uprawnioną do korzystania ze świadczeń w zakresie pomocy zdrowotnej, t.j.:**

1) jest nauczycielem zatrudnionym w …………………………............................................................................ w wymiarze …………. etatu,

2) jest nauczycielem, który przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne i jego ostatnim zakładem pracy był/a …………………………………………………………....................................................................................\*

*…………………………………………………*

*/pieczątka i podpis dyrektora placówki oświatowej /*

**IV. DECYZJA Burmistrza Miasta Kłodzka nr …...............……….…. z dnia …………....…..…………**

Działając na podstawie §8 ust. 3 Uchwały Nr LVIII/516/2023 Rady Miejskiej w Kłodzku z dnia 30 marca 2023r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kłodzko, postanawiam:

1. Przyznać Pani/Panu …………………………………………..………………………......zapomogę zdrowotną w wysokości:…………………………..…., słownie: ……………………………………………………………………………………………

2. Odmawiam przyznania Pani/Panu………………….……………………....…………….. zapomogi zdrowotnej  
z powodu: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………\*

.*…..................................*

*pieczątka i podpis*

*Burmistrza Miasta Kłodzka*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\* - niewłaściwe skreślić*