

Nr sprawy:
(wypełnia Komisja)

Kłodzko, dnia

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.

Cofnięcie 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

.....*

.....
/pieczętka 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/Panuzapomogę zdrowotną w wysokości:....., słownie:
2. Odmawiam przyznania Pani/Panu..... zapomogi zdrowotnej z powodu:
.....
.....
.....*

.....
pieczętka i podpis
Burmistrza Miasta Kłodzka

* - niewłaściwe skreślić

