

Załącznik nr 2 do Uchwały Nr

Rady Miejskiej w Szczucinie

z dnia 2017 r.

Nr sprawy:

Szczucin, 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 Nazwiskonr telefonu
2. Adres zamieszkania: kod 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 (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)zł,
słownie:.....
7. Wskazanie sposobu wypłaty zasiłku (właściwe podkreślić): kasa UMiG lub przekazać na konto - podać nazwę banku i nr konta

II. Uzasadnienie wniosku:

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

Załączniki:(aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, dokumenty potwierdzające poniesione koszty, itp.)

1)

2)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z otrzymaniem pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2016.922 z p.zm.).

.....
/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 Szczucina z dnia

Działając na podstawie Uchwały Nr/17 Rady Miejskiej w Szczucinie z dnia 2017 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania oraz w oparciu o załączone dokumenty, postanawiam:

1. Przyznać Pani/Panuzapomogę zdrowotną w wysokości:, słownie:
 2. Odmawiam przyznania Pani/Panu..... zapomogi zdrowotnej z powodu:
-

.....
*pieczętka i podpis
Burmistrza Szczucina*

