Załącznik nr 1 do Regulaminu

WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....
(nazwisko i imię nauczyciela)
.....
(adres i nr telefonu)
.....
(status nauczyciela: czynny zawodowo, emeryt itd)
.....
(szkoła, w której n-l jest lub był ostatnio zatrudniony)

Wypełnia dyrektor szkoły:
Potwierdza się, że Pan(i) ..... jest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.:
1) jest nauczycielem zatrudnionym w ..... w łącznym wymiarze ..... etatu;
2) jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w .....
3) jest byłym nauczycielem zlikwidowanej szkoły..... pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany w .....

....
(pieczątka szkoły) (data i podpis dyrektora szkoły)

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi pomocy zdrowotnej. Złożenie wniosku uzasadniam:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wnioskuję o przyznanie kwoty ..... zł z tytułu poniesionych kosztów leczenia.

Przyznane świadczenie proszę przekazać na konto:
.....
(nr konta)

Do wniosku załączam następujące dokumenty:
1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie i wskazaniach dot. leczenia (wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej),
2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione koszty leczenia (za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku),
3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny,
4) inne dokumenty uzasadniające potrzebę przyznania pomocy (wymienić, dołączyć potwierdzone kopie):
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Załącznik Nr 2 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE
o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela

.....
(imię i nazwisko nauczyciela)
.....
(adres i telefon)

Niniejsze oświadczenie składam w celu przyznania mi świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Oświadczenie o dochodach:

Określenie rodzaju dochodu i członków rodziny nauczyciela, których dochód dotyczy

Wysokość dochodu wskazuje się w kwotach zł brutto

1 **Liczba osób w rodzinie .....**
(dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)
2 **Dochód nauczyciela .....**
ubiegającego się o pomoc zdrowotną z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku
3 **Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny .....**
pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku
4 **Łączny dochód rodziny .....**
uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (poz.2+poz.3)
5 **Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny** (pkt4 : pkt.1, podzielony przez 3 miesiące) .....

(wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.)

Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku .....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.
Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.

....
(miejscowość, data) (czytelny podpis nauczyciela)