

Załącznik nr 1

.....
(Miejscowość, data)

**Burmistrz Białogardu
ul. 1 Maja 18
78-200 Białogard**

WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ

I. Dane nauczyciela ubiegającego się o świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zamieszkania: kod: miejscowość:
3. Telefon kontaktowy:
4. Miejsce pracy (w przypadku nauczyciela emeryta, rencisty lub pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne należy podać ostatnie miejsce pracy przed przejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne):
-
5. Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku: czynny zawodowo/rencista/emeryt/nauczycielskie świadczenie kompensacyjne (niepotrzebne skreślić);
6. Uzasadnienie wniosku o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej:
.....
.....
.....
.....
.....
7. Numer rachunku bankowego:
8. Załączniki (właściwe zaznaczyć „x”):
 - zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie szpitalne lub poszpitalne, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub aparatury medycznej, konieczność zapewnienia opieki choremu, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku
 - imienne faktury potwierdzające poniesienie wydatku wymienionego we wniosku, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed datą złożenia wniosku - szt.;
 - oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela zawierające informację o przeciętnych miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

.....
Podpis nauczyciela/osoby upoważnionej

II. Dane osoby, która w imieniu nauczyciela składa wniosek o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zamieszkania: kod: miejscowość:
3. Telefon kontaktowy:

Do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo do złożenia wniosku w imieniu nauczyciela lub nauczyciela emeryta/rencisty/pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

III. Potwierdzenie dyrektora szkoły, że nauczyciel jest osobą uprawnioną do korzystania ze świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej:

Potwierdzam, że pan/pani.....
(Imię i nazwisko nauczyciela)

1) jest nauczycielem zatrudnionym w
(Nazwa szkoły/przedszkola)

w wymiarze godzin zajęć,

2) jest nauczycielem, który przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne i jego ostatnim zakładem pracy była/o.....
(Nazwa szkoły/przedszkola)

.....
(Pieczęć i podpis dyrektora szkoły/przedszkola)

IV. Rozstrzygnięcie Burmistrza Białogardu z dnia

Na podstawie uchwały Nr LV/456/2023 Rady Miejskiej Białogardu z dnia 22 lutego 2023 r. w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego z 2023 r. poz.) oraz na podstawie załączonych dokumentów:

1) przyznaję panu/pani świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w formie jednorazowego zasiłku pieniężnego w wysokości: (słownie:) z przeznaczeniem na:.....

.....;

2) odmawiam przyznania panu/pani..... świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej w formie jednorazowego zasiłku pieniężnego z powodu:.....

.....
Podpis Burmistrza lub osoby upoważnionej