

Załącznik
do Uchwały Nr XVI/112/2008
Rady Powiatu w Policach
z dnia 28 marca 2008 r.

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

I. DANE WNIOSKODAWCY

Nazwisko i imię _____

Adres _____

Data i miejsce urodzenia _____

Miejsce ostatniego zatrudnienia (szkoła) _____

Nr telefonu kontaktowego _____

Rachunek bankowy: nazwa banku, numer rachunku _____

II. UZASADNIENIE

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

1. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę nauczyciela i okres jej trwania wystawione nie wcześniej niż na trzy miesiące przed datą złożenia wniosku
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia w roku, w którym nauczyciel ubiega się o pomoc zdrowotną (lub w szczególnych przypadkach z roku poprzedniego), tj. faktury i rachunki potwierdzone za zgodność z oryginałami przez dyrektora lub osobę przez niego upoważnioną
3. Oświadczenie nauczyciela o dochodzie brutto przypadającym na jednego członka w jego rodzinie
4. Oświadczenie, że koszty, o których mowa w pkt 2, nie zostały zrefundowane przez inny podmiot, np. NFZ, PFRON

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), na potrzeby przyznania świadczeń pieniężnych związanych z pomocą zdrowotną dla nauczycieli. Jednocześnie oświadczam, że zostałam(-em) poinformowana(-y) o celu gromadzenia danych osobowych, prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, a także, że moje dane osobowe nie będą przekazywane osobom trzecim z wyłączeniem członków komisji opiniującej składany wniosek.

data i podpis wnioskodawcy

III. OPINIA DYREKTORA SZKOŁY

miejscowość, data

pieczętka i podpis

IV. OPINIA KOMISJI

miejscowość, data

czytelny podpis przewodniczącego

V. DECYZJA STAROSTY

Przyznaję pomoc zdrowotną w kwocie _____ zł (słownie: _____)

Police, dnia _____

pieczętka i podpis starosty