

**WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO
NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI**

1. WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy.....

Numer konta bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną

.....

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

(właściwe zaznaczyć)

- Rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia,
- Zaświadczenie lekarskie potwierdzające przewlekłą lub ciężką chorobę
- Oświadczenie o dochodach

OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej z art.233 § 1 Kodeksu Karnego, potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym powyższych danych. Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie, i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby przyznania dofinansowania z Funduszu Zdrowotnego nauczycieli zgodnie z RODO i ustawą z dnia 10 maja 2018r o ochronie danych osobowych

.....

(data i podpis wnioskodawcy)

Informacja Dyrektora Szkoły lub osoby upoważnionej o zatrudnieniu

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

.....
(data i podpis Dyrektora szkoły
lub osoby upoważnionej)

Decyzja Wójta Gminy Jastrzęb

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej* w wysokości.....zł

Nie przyznaję świadczenie pomocy zdrowotnej *

* niepotrzebne skreślić

.....
(data i podpis Wójta Gminy Jastrzęb)