

Załącznik nr 1 do Regulaminu Komisji Zdrowotnej

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....
Nauczyciel (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania, telefon

.....
Czynny, emerytowany, przebywający na rencie – wpisać jedną z możliwości

.....
Miejsce pracy (podstawowe) – dla emerytów/rencistów były miejsce pracy

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela;
- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia;
- oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny;
-
-

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku złożonym w Urzędzie Biura Edukacji w związku z przebiegiem prac związanych z przyznawaniem zapomóg zdrowotnych dla nauczycieli i nauczycieli emerytów i rencistów zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

.....
Podpis wnioskodawcy

.....
Miejscowość i data

Decyzja dyrektora:

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości.....*

Nie przyznaję wnioskowanej pomocy zdrowotnej*

.....
Data i podpis

*Niepotrzebne skreślić