

.....
/imię i nazwisko lub nazwa wnioskodawcy/
.....

.....
/adres zamieszkania lub siedziby/
.....

WNIOSEK

o przyznanie świadczeń pomocy zdrowotnej

I. WNIOSKUJĘ O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ
W ROKU

1. Imię i nazwisko nauczyciela:.....
2. Adres zamieszkania:.....
3. Nazwa banku i numer konta (lub inna forma odbioru świadczenia):.....
-
4. Wnioskowana forma pomocy zdrowotnej:

Lp.	Forma pomocy	Zaznaczyć odpowiednio znakiem „X”
1.	Zapomoga zdrowotna w przypadku długotrwałego lub przewlekłego leczenia	
2.	Zasiłek na zakup leków	
3.	Refundacja kosztów dojazdów na leczenie i pobyt w szpitalu	
4.	Opłata za zabiegi i operacje	
5.	Refundacja kosztów pobytu w sanatorium, uzdrowisku lub na turnusie rehabilitacyjnym	
6.	Refundacja kosztów pomocy leczniczej specjalistycznej	
7.	Refundacja dodatkowej opieki w czasie choroby	

5. Złożony wniosku uzasadniam:

Lp.	Formy leczenia	Zaznaczyć odpowiednio znakiem „X”
1.	Leczenie w innej miejscowości z powodu braku placówki służby zdrowia w ich miejscu zamieszkania lub miejscu pracy,	
2.	Leczenie z powodu przewlekłej choroby lub gdy przebieg choroby jest wyjątkowo ciężki	
3.	Korzystanie z pomocy leczniczej specjalistycznej poza miejscem zamieszkania lub miejscem pracy,	
4.	Ponoszenie kosztów zakupu środków pomocniczych niezbędnych do wykonywania zawodu w szczególności takich jak: aparaty słuchowe, okulary lub szkła kontaktowe- w przypadku nauczycieli wychowania fizycznego	
5.	Opłacanie zabiegów leczniczych w sanatoriach, uzdrowiskach lub ośrodkach rehabilitacyjnych	
6.	Stosowanie specjalnej diety ze względu na stan zdrowia	
7.	Korzystanie z dodatkowej opieki w czasie choroby	

OŚWIADCZENIE

1. Ja niżej podpisany(a).....

zamieszkały(a).....

seria i numer dowodu osobistego.....nr PESEL.....

pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art.223 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997r. Nr 88 poz.553 ze zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy potwierdzam prawdziwość danych zamieszczonych we wniosku.

2.Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji zadań związanych z niniejszym wnioskiem, wynikających z obowiązujących przepisów prawa, w systemach informatycznych oraz kartotekach, ewidencjach, skorowidzach, wykazach itp. Zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie do danych, ich poprawiania i kontroli przetwarzania.

Miejscowość.....

Data.....

.....
/podpis osoby składającej oświadczenie/

DECYZJA W SPRAWIE PRYZNANIA/NIE PRYZNANIA* POMOCY ZDROWOTNEJ

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

.....
/miejscowość, data/

.....
/pieczęć szkoły/organu/

.....
/podpis i pieczęć imienna dyrektora/Wójta/

*-niepotrzebne skreślić