

.....
(miejsowość i data)

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania

.....
nr telefonu

.....
Nazwa i adres szkoły, w której wnioskodawca jest zatrudniony oraz wymiar etatu
lub z której odszedł na emeryturę, rentę
lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

**Dyrektor Szkoły Podstawowej
nr 3 im. Piotra Firleja w Lubartowie
ul. 1 Maja 66/74
21-100 Lubartów**

Wniosek¹⁾ o przyznanie pomocy zdrowotnej

Zwracam się z prośbą o przyznanie świadczenia pomocy zdrowotnej z powodu²⁾:

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

.....
podpis wnioskodawcy

¹⁾Wnioski należy składać w terminie **do 15 czerwca lub do 30 listopada**. Z pomocy można skorzystać raz w roku.

²⁾Ze środków funduszu mają prawo korzystać nauczyciele, którzy leczą się, a w szczególności:

- 1) leczą się z powodu przewlekłej lub ciężkiej choroby,
- 2) muszą korzystać z pomocy specjalistycznej,
- 3) ponoszą koszty leczenia szpitalnego, klinicznego lub sanatoryjnego,
- 4) ponoszą koszty badań profilaktycznych związanych z długotrwałym leczeniem,
- 5) ponieśli koszty zakupu specjalistycznego sprzętu ortopedycznego.

W załączeniu do wniosku przedkładam (minimum jeden z dokumentów):

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie - **szt.** stwierdzające fakt aktualnego leczenia się **(właściwe podkreślić):**
 - a) leczenia się z powodu przewlekłej lub ciężkiej choroby,
 - b) leczenie lub konieczność korzystania z pomocy specjalistycznej,
- 2) oryginalne, imienne rachunki lub faktury potwierdzające dokonanie wydatku³⁾ - **szt.;**
- 3) aktualne zaświadczenie lekarskie - **szt.** stwierdzające fakt aktualnego leczenia się **(właściwe podkreślić):**
 - a) zaświadczenie stwierdzające leczenie szpitalne lub kliniczne,
 - b) zaświadczenie stwierdzające pobyt w sanatorium

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że średni miesięczny dochód (brutto) na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu, uzyskany w okresie trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi: zł (słownie:.....).

Nr rachunku bankowego do przekazania świadczenia - OBOWIĄZKOWE

.....

.....
podpis wnioskodawcy

Prawdziwość informacji i danych złożonych w niniejszym wniosku oraz w załączonych dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
podpis wnioskodawcy

Decyzja o przyznaniu świadczenia:

Dnia

Przyznaję świadczenie zdrowotne w wysokości

Podpis Dyrektora

³⁾ dot. wydatków poniesionych, za okres 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, na zakup leków zleconych przez lekarza związanych z chorobą wymagającą leczenia w sposób stały lub przez długi okres, usług rehabilitacyjnych, leków związanych z leczeniem będącym następstwem wypadku, protez, aparatów słuchowych, sprzętu rehabilitacyjnego, inne usługi medyczne.