

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Szczecin, dnia

.....
imię i nazwisko nauczyciela

.....
adres zamieszkania

**Pan
Dariusz Szklarski
Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 51
w Szczecinie**

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego.
Uzasadnienie:

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

Do wniosku dołączam:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,
- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia,
- kopię zeznania o wysokości osiągniętego dochodu (formularz PIT) w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej lub ostatni odcinek emerytury lub renty, w przypadku nauczyciela emeryta lub rencisty.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu otrzymania pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego dla Nauczycieli w Szkole Podstawowej nr 51 w Szczecinie.

Proszę o przekazanie przyznanej kwoty na rachunek bankowy nr: **

.....
podpis Wnioskodawcy

Opinia Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej:

Komisja opiniuje pozytywnie / negatywnie* powyższy wniosek.

Proponowana wysokość pomocy finansowej zł.

Podpisy członków Komisji:

1.
2.
3.

Decyzja Dyrektora szkoły:

Udzielono / nie udzielono* pomocy zdrowotnej w wysokości Zł.

.....
podpis Dyrektora

*niepotrzebne skreślić

** dotyczy emerytów i rencistów