

**WNIOSEK  
O PRYZNANIE ZASIŁKU PIENIEŻNEGO  
NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI**

1. Imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

.....  
.....

2. W przypadku przyznania mi świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej, proszę o przelanie środków finansowych na wskazane poniżej konto bankowe:

.....  
.....

3. Wnioskodawca - podać, jeśli jest inny , niż określony w pkt.1

.....  
.....

4. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela:

.....  
.....

**WYPEŁNIA NAUCZYCIEL**

1. Nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony:

.....

2. Wymiar etatu ( wypełnia nauczyciel czynny zawodowo): .....

3. Status nauczyciela, na dzień złożenia wniosku:

- czynny zawodowo
- renta / emerytura
- nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

**Proszę o przyznanie mi zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną z powodu:**

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

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające przewlekłą lub ciężką chorobę,
- rachunki za leczenie specjalistyczne,
- rachunki za zakup środków pomocniczych,
- inne: .....

Świadomy (-a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku.

Oświadczam jednocześnie, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych ( Dz.U. 2002r. Nr 101, poz.926 z późn. zm.), w zakresie niezbędnym do jego zaopiniowania i przyznania świadczenia.

.....  
( podpis wnioskodawcy )

#### **WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY/ JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA**

Poświadczam się, że dane zawarte w pkt. 1-3 w części " WYPEŁNIA NAUCZYCIEL " są zgodne ze Stanem faktycznym.

.....  
( miejscowość i data )

.....  
( podpis i pieczęć osoby upoważnionej )

Poświadczenia danych dokonują odpowiednio:

- a) w stosunku do nauczycieli czynnych zawodowo- dyrektor szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony,
- b) w stosunku nauczycieli emerytów, rencistów oraz pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne – jednostka, w której w/w osoby objęte są opieką socjalną.

## OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, że średni dochód brutto wyliczony za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, wyniósł w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę ..... zł. ( brutto ),

słownie: .....

Oświadczenie składam w celu przyznania zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, świadomy/a odpowiedzialności karnej za zatajenie prawdy lub podanie nieprawdziwych danych.

.....

( podpis wnioskodawcy)