WNIOSEK

o przyznanie zapomogi zdrowotnej dla nauczyciela

1. Imię i nazwisko - . .....

2. Adres zamieszkania - .....

3. Nazwa szkoły - .....

4. Forma świadczenia pomocy zdrowotnej:

a) zwrot kosztów leczenia

b) zwrot kosztów zakupu

5. Uzasadnienie.

6. Warunki materialne:

Średni dochód brutto na członka rodziny z okresu trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku

wynosi - .....

7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Komisję Świadczeń Pomocy Zdrowotnej moich danych osobowych oraz danych dotyczących stanu zdrowia zawartych w niniejszym wniosku, w celu przyznania i wypłaty świadczenia pomocy zdrowotnej. Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna do realizacji wniosku.

…… ……..……..

Miejscowość, data podpis wnioskodawcy

8. Oświadczam, że przedstawione dane, które potwierdzam własnoręcznym podpisem są zgodne ze stanem faktycznym.

Przyjmuję do wiadomości, że:

a) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w związku z prowadzonym naborem wniosków o przyznanie zapomogi zdrowotnej, a w przypadku otrzymania pomocy również w związku z realizacją świadczenia pomocy zdrowotnej, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości,

b) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,

c) mam prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.

…… …….

Miejscowość, data podpis wnioskodawcy

9. Załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające:
   a) leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą
   b) leczenie specjalistyczne
   c) stosowanie protez, sprzętu rehabilitacyjnego, niezbędnej aparatury medycznej
2. Fakturę lub rachunek potwierdzający wydatek związany z leczeniem lub zakupem sprzętu, o którym mowa wyżej.

10. Opinia Komisji.

11. Podpisy członków Komisji.

12. Decyzja Dyrektora szkoły w sprawie przyznania świadczenia:
przyznaję/ nie przyznaję* pomocy zdrowotnej wnioskodawcy w kwocie ……...
słownie zł……

Nowy Targ, dnia …… podpis i pieczęć dyrektora

*niepotrzebne skreślić