

Załącznik nr 1  
do uchwały Nr 41.V.2019  
Rady Miejskiej Jeleniej Góry  
z dnia 13 lutego 2019 r.

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI**

**Dane wnioskodawcy:**

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

Status wnioskodawcy (nauczyciel: pracujący, emeryt, rencista, na świadczeniu kompensacyjnym)

.....

Nazwa szkoły, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony (ostatnie miejsce zatrudnienia) .....

.....

**Uzasadnienie:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

- 1) dokumentację medyczną, w tym oryginał zaświadczenia o stanie zdrowia wystawiony w ciągu 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku;
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (w szczególności imienne faktury lub rachunki za: leczenie, badania specjalistyczne, zabiegi, zakup lekarstw, zakup specjalistycznego sprzętu);
- 3) oświadczenie o sytuacji materialnej wnioskodawcy;
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej np. ....

.....

**Potwierdzenie uprawnień i opinia dyrektora szkoły/placówki:**

Niniejszym potwierdzam, że Pani/Pan .....  
posiada/nie posiada\* uprawnień do korzystania z pomocy zdrowotnej nauczycieli. Wniosek opiniuję  
pozytywnie/negatywnie\* z uwagi na .....

.....  
.....

Ostatnio przyznane świadczenie z ZFŚS w szkole/placówce\*(data) - .....

**W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej proszę (należy zaznaczyć jeden wariant):**

o przekazanie pomocy zdrowotnej na poniższe konto bankowe

.....

(należy wpisać nr konta bankowego)

o wypłatę pomocy zdrowotnej w kasie Urzędu Miasta

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

Na podstawie art. 7 ust. 1 RODO oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie przez administratora, którym jest Miasto Jelenia Góra, Pl. Ratuszowy 58, 58-500 Jelenia Góra, moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach w celu przeprowadzenia procedury rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli. Powyższa zgoda została wyrażona dobrowolnie zgodnie z art. 4 pkt 11 RODO.

.....

(podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić