Załącznik Nr 1 do Regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania

**W n i o s e k**

**o przyznanie pomocy zdrowotnej**

1) Imię i nazwisko nauczyciela:

…………………………………………………………………………………………………..

2) Adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy:

…………………………………………………………………………………………………..

3) Wnioskodawca inny, niż nauczyciel………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

( podać, kto jest upoważniony przez nauczyciela, którego wniosek dotyczy )

4) Imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer telefonu – podać, jeżeli jest inny,   
 niż określony w pkt. 1 i 2.

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..

**WYPEŁNIA NAUCZYCIEL / WNIOSKODAWCA INNY NIŻ NAUCZYCIEL**

1) Nazwa i adres szkoły/szkół, w której /których nauczyciele jest zatrudniony ……………………………………………………… w łącznym wymiarze ……………………..obowiązującego wymiaru zajęć.

2) Data zatrudnienia: ……………………………………………………………………

/ pkt 1 i 2 wypełnia nauczyciel czynny zawodowo /

3) Nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel był zatrudniony przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne oraz data przejścia na w/w świadczenie: ………………………………………………………………………………..

4) Nazwa i adres szkoły, z której nauczyciel przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, a składa wniosek o pomoc zdrowotną ze szkoły, w której

naliczany jest na niego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych:

1. ......................................................................................................................................

/Nazwa i adres szkoły, z której nauczyciel przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne/

1. ………………………………………………………………………………………..

/Nazwa i adres szkoły, w której naliczany jest na nauczyciela odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych/

5) Nazwa zlikwidowanej szkoły ………………………………………………………… po ustaniu zatrudnienia, w której nauczyciel pobiera emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany w szkole: ………………………………………………………

/ pkt 3, 4 i 5 wypełnia odpowiednio nauczyciel emeryt, rencista lub pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne /

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej wynikającej z poniesionych kosztów leczenia w wysokości ……………… zł. (słownie: ……………………………………………, udokumentowanych załączonymi dowodami (rachunki, faktury, itp.).

Złożenie wniosku uzasadniam:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

1) zaświadczenie/a lekarskie o chorobie i wskazaniach lekarzy (specjalistów), co do dalszego leczenia (szt.……),

2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury, itp.), potwierdzające zakup leków, środków medycznych, ortopedycznych, korekcyjnych i innych (szt.……),

3) dokumenty potwierdzające pobyt i koszty pobytu w szpitalu (szt.……),

4) dokumenty potwierdzające pobyt i koszty pobytu w sanatorium – uzdrowisku – na turnusie rehabilitacyjnym (szt.……),

5) dokumenty potwierdzające koszty przejazdu bezpośrednio związanych z pomocą zdrowotną (szt.……),

6) dokumenty potwierdzające koszty badań specjalistycznych, koszty zabiegu, usług medycznych, rehabilitacyjnych (szt.……),

7) inne (wymienić) ………………………………………………………………. (szt.……)

………………………………………………………………………..

/miejscowość, data i czytelny podpis nauczyciela/wnioskodawcy/

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz załączonych do niego dokumentach na zasadach określonych ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) dla celów niezbędnych do zaopiniowania wniosku i przyznania pomocy zdrowotnej również w przypadku, jeśli składa wniosek inny podmiot posiadający moje upoważnienie.

…………………………………………………………..

/czytelny podpis nauczyciela/

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku na zasadach określonych ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) dla celów niezbędnych do zaopiniowania wniosku i przyznania pomocy zdrowotnej\*

…………………………………………………………..

/czytelny podpis wnioskodawcy/

\* podpisuje wnioskodawca inny niż nauczyciel

Proszę wskazać sposób wypłaty zapomogi\*:

Numer rachunku bankowego……………………………………………………………………

Kasa Urzędu Miejskiego w Łowiczu, Stary Rynek 1

\* proszę właściwe podkreślić i uzupełnić

Załącznik Nr 2 do Regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania

**WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY**

…………………………………….

(pieczątka szkoły)

Poświadcza się, że dane zawarte w pkt …………………………….. są zgodne ze stanem faktycznym.

…………………………………………………. ………………………………………

(miejscowość, data dokonania poświadczenia) (podpis i pieczątka dyrektora)

*Uwaga: W przypadku wniosków składanych przez dyrektorów szkół potwierdza podpisem Burmistrz Miasta Łowicza.*

Załącznik Nr 3 do Regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania

**Oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela**

Oświadczam, iż we wspólnym gospodarstwie domowym wraz ze mną pozostają następujące osoby:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia | Źródło dochodu | Wysokość dochodu\* brutto (w zł.) z ostatnich 3 miesięcy |
| 1 |  | NAUCZYCIEL |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

Łączny dochód: ………………………

\* *wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu*

(do dochodu wlicza się w szczególności: pobory, emeryturę, rentę, wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z pomocy społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło, alimenty), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

Oświadczam, że łączny dochód brutto rodziny uzyskany w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku wyliczony na podstawie przychodów opodatkowanych i nieopodatkowanych ze wszystkich źródeł osób, które pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosi , ……………….. zł., a średni miesięczny dochód brutto\*\* przypadający na jednego członka rodziny wynosi ………………………zł.

\*\* *średni miesięczny dochód brutto na jednego członka rodziny wyliczamy, dzieląc łączny dochód uzyskany w okresie 3 miesięcy,poprzedzających złożenie wniosku, przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, a następnie przez 3.*

Oświadczam, że na moim wyłącznym utrzymaniu pozostają następujące osoby:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W załączeniu:

1. zaświadczenie o dochodach wnioskodawcy

2. odcinek emerytury lub renty bądź decyzja ZUS o pobieranym świadczeniu

3. zaświadczenie o dochodach współmałżonka

4. odcinek emerytury lub renty bądź decyzja ZUS o pobieranym świadczeniu współmałżonka

5. zaświadczenia o dochodach dorosłych członków rodziny (szt. ….)

6. odcinki emerytury, renty lub innego świadczenia dorosłych członków rodziny (szt. …….)

7. oświadczenie o dochodach z gospodarstwa rolnego (szt. …..)

8. inne (wymienić) ………………………………………………………...................................

…………………………………………………………..

/czytelny podpis nauczyciela lub upoważnionego wnioskodawcy/

**Decyzja Burmistrza Miasta Łowicza**

Działając na podstawie Uchwały Nr LVII/392/2018 Rady Miejskiej w Łowiczu z dnia 24 kwietnia 2018 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Miasto Łowicz oraz warunki i sposób ich przyznawania, a także w oparciu o załączona dokumentację postanawiam, co następuje:

Przyznaję\* Pani/Panu …………………………………………………………………... losowa zapomogę pieniężną w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości ……………….. zł.

(słownie: ………………………………………………………………………………………).

Nie przyznaję\* Pani/Panu ……………………………………………………………… losowej zapomogi pieniężnej w ramach pomocy zdrowotnej z powodu (uzasadnienie) …………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

.…………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………….…………………………

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………….………………………………………….

………………………………………………………..…………………………………………

\* zaznaczyć właściwe

……………………………………

/data, podpis i pieczątka Burmistrza /