Załącznik nr 1

do Uchwały Nr XXVI/401/21 Rady Gminy Łańcut

z dnia 31 marca 2021 r.

……………………………..

(miejscowość, data)

**WNIOSEK**

**o przyznanie świadczenia finansowego w ramach pomocy zdrowotnej**

1. **Dane nauczyciela lub nauczyciela emeryta/rencisty ubiegającego się o zapomogę zdrowotną:**
2. Imię i Nazwisko ……………………………………, nr. telefonu ………………………………….
3. Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………
4. Miejsce pracy (w przypadku emeryta lub rencisty podać ostatnie miejsce pracy przed odejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne) ………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………...
5. Liczba osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) ………………………………………………………………………………
6. Średni dochód brutto z ostatnich trzech miesięcy na jednego członka rodziny (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) ……………… zł.
słownie: ………………………………………………………………………………………………
7. Nr rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną: ………………………………………………………………………………………………………..
8. Ze środku funduszu zdrowotnego korzystałem/am (należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej): ……………………………………………………………..…………………
9. **Uzasadnienie wniosku:**

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

…………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….………………………Załączniki: aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, dokumenty potwierdzające wysokość poniesionych kosztów z tytułu leczenia (wypisać poniżej i dołączyć potwierdzone kserokopie):

…………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….………………………Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z otrzymaniem pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.).

……………………………….

podpis składającego wniosek

1. Potwierdzenie dyrektora szkoły, że wnioskodawca jest osobą uprawnioną do korzystania ze świadczeń w zakresie pomocy zdrowotnej, t. j.:
2. Jest nauczycielem zatrudnionym w ………………………………………….................................... w wymiarze ……………… etatu,
3. Jest nauczycielem, który przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne i jego ostatnim zakładem pracy była……………………………………………….

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

……………………………………………

pieczątka i podpis dyrektora szkoły

1. **Decyzja Wójta Gminy Łańcut**

Działając na podstawie Uchwały Nr …………………… Rady Gminy Łańcut z dnia ……………. W sprawie środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, rodzaj świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania oraz w oparciu o załączone dokumenty, postanawiam:

1. Przyznać Pani/Panu …………………………………………………………...… pomoc zdrowotną w wysokości ………………zł , słownie……………………………………………………………
2. Odmawiam przyznania Pani/Panu …………………………………………… pomocy zdrowotnej z  powodu …………………………………………………………………………………………...

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

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

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

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

………………………

pieczątka i podpis

Wójta Gminy Łańcut