Załącznik nr 1

…………………………..

………………………….

**WNIOSEK**

**o przyznanie pomocy zdrowotnej**

1.**Wnioskodawca**

 - imię i nazwisko…………………………………………………………………………….

 - adres zamieszkania…………………………………………………………………………

 - telefon kontaktowy…………………………………………………………………………

**2. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela**

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

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

1. Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku:

**□** czynny zawodowo – wymiar czasu pracy……………………………………………
□ renta/emerytura
□ nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

**3. Uzasadnienie wniosku**

Charakterystyka choroby, przebieg, czas trwania choroby, koszty leczenia itp.

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

Forma przekazania pomocy zdrowotnej:

**□** odbiór w kasie

**□** przelew na konto (nazwa banku i nr konta)

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

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

1. dokument potwierdzający fakt istnienia ciężkiej lub przewlekłej choroby:

□ aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione nie wcześniej niż na 3 miesiące przed
 dniem złożenia wniosku w szkole,
□ kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzona za zgodność
 z oryginałem przez szkołę,

1. oryginalne imienne dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów leczenia
(np. faktury, rachunki za konsultacje, leczenie, zabiegi, badania specjalistyczne, zakup lekarstw, sprzętu rehabilitacyjnego) wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku w szkole,
2. inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie)

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

**4. Sytuacja materialna/ oświadczenia**

Liczba osób w rodzinie………………..

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód brutto ze wszystkich źródeł przychodu
z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, przypadający na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
………………….. zł.

słownie:…………………………………………………………………………………………

Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam/ korzystałem w roku ………..
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Prawidłowość powyższych danych (pkt 1-4) potwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy/a odpowiedzialności karnej (art. 233 § 1 Kodeksu karnego).

Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

………………………….. ……………………………..

 (miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)

**5. Opinia Dyrektora (nie dotyczy wniosku składanego przez dyrektora szkoły)**

Potwierdzam, że dane zawarte w pkt 2 lit. a i b **są zgodne/ nie są zgodne\*** ze stanem faktycznym.

Wniosek wraz z załączoną dokumentacją został sprawdzony pod względem formalnym
i merytorycznym. Wniosek **spełnia wymagania/ nie spełnia wymagań\*** Regulaminu określającego rodzaje świadczeń oraz warunki i sposób przyznawania środków w ramach pomocy zdrowotnej nauczycielom szkół i placówek, dla których organem prowadzącym jest Powiat Iławski.

Wniosek opiniuję **pozytywnie/ negatywnie\***.

………………………. ……………………….

 (miejscowość i data) (podpis i pieczęć dyrektora)

\* niepotrzebne skreślić

**6. Propozycja Komisji opiniującej wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

- kwota poniesionych wydatków wynikająca z przedłożonych przez nauczyciela
 dokumentów……………..

- kwota poniesionych wydatków po weryfikacji dokumentów…………………………….

- dochód na 1 osobę- próg ………..

- proponowana pomoc zdrowotna…………, co stanowi ……….% kwoty po weryfikacji

- uwagi Komisji ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**7. Decyzja Zarządu Powiatu Iławskiego**

□ Zarząd Powiatu Iławskiego przyznaje świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej
 w wysokości ……………………. zł.

□ Zarząd Powiatu Iławskiego nie przyznaje świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Uzasadnienie:

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

…………………….. ………………………..

 (miejscowość, data) (podpis osoby zatwierdzającej)