

.....
imię i nazwisko nauczyciela

.....
Miejscowość i data

.....
Adres zamieszkania

.....
.....
.....
Numer telefonu

**WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej**

Do

Wójta Gminy Andrespol

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej w związku z:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

podać przyczynę ubiegania się o pomoc zdrowotną wraz z uzasadnieniem.

Przyznane środki finansowe stanowiące świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej proszę:

☐ przenieść na rachunek bankowy:.....

.....
(podpis wnioskodawcy)

W załączeniu:

- a) aktualne, wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę i leczenie nauczyciela wraz z wykazem przyjmowanych przez nauczyciela leków;
- b) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty w roku złożenia wniosku;
- c) dokument potwierdzający zatrudnienie w szkole i placówce oświatowej prowadzonej przez Gminę Andrespol, a w przypadku emerytów, rencistów lub nauczycieli pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne - potwierdzający fakt przejścia na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne ze szkoły i placówki oświatowej prowadzonej przez Gminę Andrespol;
- d) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej;
- e) podpisaną klauzulę informacyjną (RODO) stanowiącą załącznik nr 2 do Regulaminu.

Opinia Komisji:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpisy członków Komisji

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.