

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Pesel

Telefon kontaktowy

Numer konta osobistego:.....

Status wnioskodawcy
(nauczyciel czynny, emeryt, rencista)

Szkoła w której nauczyciel był lub jest zatrudniony

Uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(uzasadnienie powinno zawierać m.in. informacje dotyczące poniesionych przez nauczyciela kosztów związanych z długotrwałym leczeniem szpitalnym, leczeniem przewlekłej choroby zawodowej lub ciężkiej przewlekłej choroby, zakupem specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego, leków w związku z przewlekłą chorobą, środków opatrunkowych stosowanych dłużej niż 30 dni, aparatu słuchowego, korzystaniem z usług rehabilitacyjnych)

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia,
2. imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (np. oryginały faktur, rachunków z ostatnich 12 miesięcy poprzedzających okres ubiegania się o pomoc zdrowotną)
3. oświadczenie o dochodzie.

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia nie były refundowane z innych źródeł.
2. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis nauczyciela)