

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

(miejsowość)

, dnia

(data)

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

(kod pocztowy, miejscowość)

(nr telefonu kontaktowego)

(Nazwa placówki, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony i stanowisko)

## Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

Na podstawie Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli stanowiącego załącznik do uchwały Nr XXXI.260.2021 Rady Miejskiej w Strumieniu z dnia 29 czerwca 2021 r. w sprawie ustalenia Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli (Dz. Urz. Woj. Śl. z 2021 r., poz. 4715) zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej.<sup>1</sup>

### UZASADNIENIE

W załączeniu do wniosku przedkładam (*właściwe podkreślić*):

- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia,
- oryginały imiennych rachunków lub faktur potwierdzających poniesione koszty związane z:
  - 1) zakupem leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych,
  - 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym,
  - 3) usługami medycznymi, w tym w szczególności badaniami specjalistycznymi i usługami rehabilitacyjnymi,
  - 4) leczeniem uzdrowiskowym przysługującym na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
- oświadczenie nauczyciela o średnim miesięcznym dochodzie brutto z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadającym na członka rodziny pozostającego z nim we wspólnym gospodarstwie domowym z uwzględnieniem wszystkich źródeł przychodu.

<sup>1</sup> Zgodnie z § 4 ust. 4 Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli stanowiącego załącznik do uchwały Nr XXXI.260.2021 Rady Miejskiej w Strumieniu z dnia 29 czerwca 2021 r. w sprawie ustalenia Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli (Dz. Urz. Woj. Śl. z 2021 r., poz. 4715) **wniosek może dotyczyć udzielania pomocy zdrowotnej za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.**



(imię i nazwisko wnioskodawcy)

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

(kod pocztowy, miejscowość)

(miejscowość)

, dnia

(data)

### OŚWIADCZENIE NAUCZYCIELA

#### O ŚREDNIM MIESIĘCZNYM DOCHODZIE PRZYPADAJĄCYM NA CZŁONKA RODZINY

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadający na jednego członka mojej rodziny pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym z uwzględnieniem wszystkich źródeł przychodu wyniósł: ..... zł  
(słownie: ..... złotych ...../100).

Oświadczenie składam w celu ustalenia przysługującego mi prawa do pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego.

(czytelny podpis wnioskodawcy)