

Znak sprawy	Data złożenia wniosku

**Prezydent
Miasta Szczecin**

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

Dane nauczyciela (którego dotyczy wniosek)									
Imię i nazwisko nauczyciela									
Data urodzenia									
Dane kontaktowe: Nr telefonu lub/i adres poczty elektronicznej									
Adres zamieszkania	(ulica, nr domu, nr mieszkania)								
	kod pocztowy						-		
Wniosek dotyczy (właściwe należy zaznaczyć „X”)	☐ nauczyciela czynnego zawodowo ☐ nauczyciela: emeryta/rencisty/otrzymującego świadczenie kompensacyjne								
Miejsce zatrudnienia / ostatnie miejsce zatrudnienia	nazwa szkoły								
	adres szkoły								
Uzasadnienie wniosku									
..... 									
Do wniosku dołączam następujące dokumenty (należy zaznaczyć „X” właściwe TAK/NIE)								TAK	NIE
1.	zaświadczenie lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty, wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku w szkole							☐	☐
2.	oryginały imiennych faktur lub rachunków potwierdzających koszty leczenia lub zakupu wskazane we wniosku, poniesione w ciągu 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku w szkole							☐	☐
3.	oświadczenie w zakresie wyrażenia zgody na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, na zasadach określonych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – RODO (dotyczy danych kontaktowych)							☐	☐

4.	Inne (Np. pełnomocnictwo, oświadczenie osoby bliskiej lub opiekuna faktycznego)	☐	☐
..... data i czytelny podpis Wnioskodawcy			

Potwierdzenie zasadności wnioskowania o pomoc zdrowotną przez dyrektora szkoły	
Rozdział klasyfikacji budżetowej	
WNIOSEK DOTYCZY: (właściwie należy zaznaczyć „X”)	☐ NAUCZYCIELA CZYNNEGO ZAWODOWO- (wymiar etatu) ☐ NAUCZYCIELA EMERYTA, ☐ NAUCZYCIELA RENCISTY, ☐ NAUCZYCIELA OTRZYMUJĄCEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE.
..... Pieczęć szkoły	 Pieczęć i podpis dyrektora

Decyzja Prezydenta Miasta Szczecin

Po zapoznaniu się z wnioskiem, załączonymi dokumentami

Przyznaję Pani/ Panu świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości..... zł

Kwota słownie.....
.....

Odmawiam Pani/Panu świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Uzasadnienie (tylko w przypadku decyzji odmownej).....
.....
.....

.....
(podpis Prezydenta)