Załącznik do Uchwały Nr LXI/707/23

Rady Miasta Kędzierzyn-Koźle

z dnia 31 sierpnia 2023 r.

**Prezydent Miasta Kędzierzyn-Koźle**

 **ul. Piramowicza 32**

 **47-200 Kędzierzyn-Koźle**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZAPOMOGI ZDROWOTNEJ**

1. WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko .........................................................................................................................................

Adres zamieszkania ..................................................................................................................................

Telefon kontaktowy ..…………………………………………………………...................................................................

2. UZASADNIENIE WNIOSKU

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli
z powodu (należy wskazać przyczynę ubiegania się o świadczenie, zgodnie z § 3 ust. 2 uchwały Nr LXI/707/23 Rady Miasta Kędzierzyn-Koźle z dnia 31 sierpnia 2023 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Kędzierzyn-Koźle):

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

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

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

3. FORMA PRZEKAZANIA POMOCY ZDROWOTNEJ:

Zwracam się z prośbą o przekazanie przyznanej pomocy przelewem na konto (należy wskazać
nazwę odbiorcy, numer rachunku bankowego):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

4. DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM NASTĘUJĄCE DOKUMENTY (właściwe zaznaczyć X):

* oświadczenie o niepełnosprawności;
* aktualne, wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej zaświadczenie lekarskie potwierdzające przewlekłą chorobę nauczyciela lub chorobę o ciężkim przebiegu;
* aktualne, wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej zaświadczenie lekarskie o odbytym przez nauczyciela długotrwałym leczeniu szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia;
* aktualne, wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej zaświadczenie lekarskie o długotrwałym leczeniu specjalistycznym w związku z rehabilitacją lub wypadkiem.

........................................... ............................................................
 (miejscowość, data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

5. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA - WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY

Szkoła, w której ubiegający się o pomoc nauczyciel jest zatrudniony:

........................................................................................w wymiarze etatu: ..........................

Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku (właściwe zaznaczyć X)

* czynny zawodowo
* rencista/emeryt
* nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

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

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis dyrektora)