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)