

Nr sprawy: Data wpływu:

Starosta Wałbrzyski
Al. Wyzwolenia 20-24
58-300 Wałbrzych

W N I O S E K
o przyznanie świadczeń z tytułu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

1. Imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

.....

2. Adres do korespondencji (proszę podać, jeżeli jest inny niż podany w punkcie 1):

.....

3. Imię i nazwisko wnioskodawcy, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy/
reprezentowana instytucja (proszę podać, jeżeli wnioskodawcą jest podmiot inny,
niż określony w pkt 1):

.....

4. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela:

WYPEŁNIA NAUCZYCIEL

- a) Nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony oraz okres zatrudnienia:

.....

- b) Status nauczyciela, na dzień złożenia wniosku:

czynny zawodowo renta/ emerytura nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY/ ORGAN PROWADZĄCY JEDNOSTKĘ *

Poświadczają się, że dane zawarte w pkt 4 lit. a i lit. b, są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej
do dokonania poświadczenia)

Poświadczenia danych zawartych w pkt 4 lit. a - b dokonują odpowiednio:

- a) w stosunku do nauczycieli czynnych zawodowo – dyrektor szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony;
b) w stosunku do nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne – organ prowadzący jednostkę, w której osoba ta była zatrudniona.

5. Uzasadnienie złożenia wniosku:

.....

.....

.....

.....

6. Do wniosku załączam następujące dokumenty: **

- kserokopię zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego stan zdrowia nauczyciela/ kserokopię karty leczenia szpitalnego*, wydane nie później niż w okresie dwunastu miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku;
- kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności/ innych dokumentów potwierdzających stan zdrowia nauczyciela, którego dotyczy wniosek;
- kserokopie imiennych faktur/ rachunków*, potwierdzających koszty leczenia nauczyciela, którego dotyczy wniosek - sztuk;
- kserokopie dokumentów potwierdzających trudną sytuację materialną nauczyciela, którego dotyczy wniosek;
- inne (proszę podać jakie):

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

7. Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód wyliczony za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, wyniósł w mojej rodzinie w przeliczeniu

na jedną osobę zł (brutto),

(słownie:).

Świadomy (-a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku.

Oświadczam jednocześnie, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.), w zakresie niezbędnym do jego zaopiniowania i przyznania świadczenia.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić

** zaznaczyć właściwy kwadrat

*** użyte w oświadczeniu o wysokości dochodu pojęcia: „dochód” oraz „rodzina” należy rozumieć zgodnie z zapisami ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn. zm.).

WYPEŁNIA NAUCZYCIEL, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

W przypadku przyznania mi świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej, proszę o przelanie środków finansowych na wskazane poniżej konto bankowe:

Imię i nazwisko nauczyciela:

Nazwa banku:

Nr rachunku:

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)

Wałbrzych, dnia

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania/ telefon kontaktowy)

**Starosta Wałbrzyski
Al. Wyzwolenia 20-24
58-300 Wałbrzych**

Składam wniosek o przyznanie świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli. Wniosek znajduje się w Wydziale Edukacji, Kultury i Sportu Starostwa Powiatowego w Wałbrzychu.

.....
(czytelny podpis)