

Załącznik nr 1 do Regulaminu

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania i nr telefonu

.....
Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

.....
Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego.

Uzasadnienie:

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

Do wniosku załączam:

- orzeczenie o niepełnosprawności,
- aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,
- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia w danym roku kalendarzowym,
- oświadczenie o dochodzie przypadającym na jedną osobę w rodzinie, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej dla Nauczycieli i proponowana wysokość pomocy finansowej:
.....
.....
.....

Podpisy członków Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej dla Nauczycieli
.....
.....
.....
.....

Decyzją Prezydenta Miasta Szczecin udzielono/nie udzielono pomocy zdrowotnej w wysokości:
..... zł (słownie złotych:
.....).

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

.....
(podpis Prezydenta)

Załącznik nr 2 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE
o miesięcznych dochodach netto

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania
3. Oświadczenie o dochodach, składane w ramach wnioskowania o przyznanie pomocy zdrowotnej:

1	Liczba osób w zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela*	
2	Dochód** netto nauczyciela, ubiegającego się o przyznanie pomocy zdrowotnej, z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej	zł
3	Dochód** netto pozostałych osób zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela, ubiegającego się o przyznanie pomocy zdrowotnej, z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotne	zł
4	Łączny dochód netto osób zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela (poz. 2 + poz.3)	zł
5	Średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę zamieszkującą wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela (poz. 4/poz.1/3m-ce)	zł

* dotyczy wszystkich osób zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela, łącznie z tym nauczycielem, w tym dzieci uczących się, lecz nie dłużej niż do 26 roku życia.

** wysokość dochodów ze wszystkich źródeł (zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, dochód ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło, praw autorskich itp.), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis czytelny nauczyciela)