*Załącznik nr 1*

*do Regulaminu przyznawania środków finansowych*

*przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli*

.............................., dnia ...................................... r.

*(miejscowość) (data)*

**WNIOSEK O UDZIELENIE *POMOCY ZDROWOTNEJ***

1. Nazwisko i imię ........................................................... 2. Data urodzenia ..............................................
2. Status (*należy podkreślić właściwe):*

**Nauczyciel** – **nauczyciel emeryt** – **nauczyciel rencista** – **nauczyciel świadczenia kompensacyjne**

1. Miejsce pracy[[1]](#footnote-1) .........................................................................................................................................
2. Wymiar zatrudnienia[[2]](#footnote-2): …………………………………………………………………………………………………...
3. Uzasadnienie wniosku (proszę zaznaczyć właściwe – zgodnie z *§ 2 ust. 1 Regulaminu*)
4. ❒ choroba przewlekła lub ciężka uniemożliwiająca/utrudniająca świadczenie pracy
5. ❒ potrzeba stałego/systematycznego przyjmowania leków (liczba leków: ……………………………….)
6. ❒ potrzeba stałego stosowania artykułów medycznych/sanitarnych (jakich? ……………………………..)
7. ❒ leczenie specjalistyczne poza publiczną służbą zdrowia
8. ❒ korzystanie ze sprzętu specjalistycznego lub aparatury medycznej (jakich?.............................................)
9. ❒ leczenie szpitalne (liczba dni pobytu w szpitalu.............................................)
10. ❒ zabiegi rehabilitacyjne po leczeniu szpitalnym
11. ❒ opieka zapewniana przez osoby trzecie (poza członkami rodziny)
12. ❒ inne (jakie?……………………………………………………………………………………………….)
13. Do wniosku załączono (*zgodnie z*  *§ 2 ust. 4, pkt 1,2 ew. pkt 4 Regulaminu*)
14. ❒ zaświadczenie lekarskie potwierdzające występowanie sytuacji, o których mowa w pkt 5.1, 5.2, 5.3
15. ❒ zaświadczenie lekarskie od specjalisty spoza publicznej służby zdrowia, o którym mowa w pkt 5.4
16. ❒ zaświadczenie lekarskie o stosowaniu sprzętu lub aparatury, o których mowa w pkt 5.5
17. ❒ zaświadczenie lekarskie lub karta leczenia, o który mowa w pkt 5.6
18. ❒ zaświadczenie o systematycznych zabiegach, o których mowa w pkt 5.7
19. ❒ oświadczenie o świadczeniu pomocy przez osobę trzecią, o której mowa w pkt 5.8
20. ❒ faktury/rachunki potwierdzające koszty związane z leczeniem (łączna kwota:……………… zł)
21. ❒ inne zaświadczenia lub dokumenty medyczne potwierdzające sytuację zdrowotną nauczyciela (jakie?……………………………………………………………………………………………………….)
22. Oświadczenie nauczyciela *(zgodnie z*  *§ 2 ust. 4, pkt 3 Regulaminu*)

**Oświadczam, że dochód (brutto) na jednego członka rodziny osiągnięty z uwzględnieniem wszystkich źródeł dochodów w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających złożenie wniosku wynosi**: ………………zł (słownie: …………………………………………………………………………………………………).

Prawdziwość informacji i danych złożonych w niniejszym wniosku oraz w załączonych dokumentach potwierdzam własnym podpisem.

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

*(data i podpis Wnioskodawcy)*

1. *W przypadkach, o których mowa w § 2 ust. 7 Regulaminu, należy wskazać wszystkie szkoły* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Łączny wymiar we wszystkich szkołach* [↑](#footnote-ref-2)