

WNIOSEK o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

Wnioskodawca (zaznaczyć właściwe):

- ☐ Nauczyciel
☐ Nauczyciel emeryt /rencista/ pobierający świadczenie kompensacyjne

Imię i nazwisko wnioskodawcy:

.....
Adres zamieszkania:

.....

.....
Numer telefonu:

.....
Miejsce pracy (w przypadku emeryta lub rencisty podać ostatnie miejsce pracy przed odejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne):

.....

Wymiar zatrudnienia:

.....

Ostatni raz korzystałem/am z pomocy zdrowotnej w roku:

.....

Łączna kwota wydatków związanych bezpośrednio z chorobą, o której mowa w zaświadczeniu lekarskim (potwierdzona przedłożonymi fakturami/rachunkami):

.....

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

Uzasadnienie do wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Środki finansowe stanowiące świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej proszę:

- ☐ przekazać na mój rachunek bankowy o numerze:

-
- ☐ wypłacić w formie gotówkowej

Załączniki do wniosku:

- ☐ zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku, potwierdzające fakt: istnienia długotrwałej choroby, długotrwałego leczenia specjalistycznego lub leczenia szpitalnego, rehabilitacji oraz konieczności zakupu leków, szkielek korekcyjnych, urządzeń i sprzętu medycznego lub rehabilitacyjnego, związanych bezpośrednio z chorobą,
- ☐ imienne faktury lub rachunki związane bezpośrednio z leczeniem i rehabilitacją oraz zakupem leków, szkielek korekcyjnych, urządzeń i sprzętu medycznego lub rehabilitacyjnego, potwierdzające poniesione koszty leczenia za okres do 12 miesięcy przed datą złożenia wniosku (oryginały lub kserokopie podpisane przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem),
- ☐ zaświadczenie o zatrudnieniu w wymiarze, co najmniej ½ obowiązkowego wymiaru zajęć dydaktycznych, wychowawczych lub opiekuńczych wydane przez dyrektora przedszkola lub szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony w momencie składania wniosku a w przypadku nauczyciela emeryta, rencisty lub pobierającego świadczenie kompensacyjne zaświadczenie dyrektora przedszkola lub szkoły, że nauczyciel był zatrudniony w placówce w czasie rozwiązania stosunku pracy w związku z przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne,
- ☐ klauzula informacyjna RODO,
- ☐ inne:

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

Oświadczenia:

1. Podaje dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym, ze wszystkich źródeł przychodu, z ostatnich trzech pełnych miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku wynosi:..... zł. Liczba osób w rodzinie:.....
3. Oświadczam, że wydatki przedstawione w fakturach/rachunkach potwierdzających poniesione koszty leczenia nie były refundowane z innych źródeł.
4. Prawdziwość informacji i danych zawartych w niniejszym wniosku oraz załączonych dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

DECYZJA BURMISTRZA MIASTA I GMINY PIASECZNO

Działając na podstawie Uchwały nr 321/XXI/2025 Rady Miejskiej w Piasecznie z dnia 18 czerwca 2025 r. w sprawie określenia środków przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli w budżecie Gminy Piaseczno oraz rodzaju świadczeń, warunków i sposobu udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek dla których organem prowadzącym jest Gmina Piaseczno, postanawiam:

1. Przyznać Pani/Panu

zapomogę zdrowotną w wysokości:..... zł,

słownie zł:

.....

2. Odmawiam przyznania Pani/Panu.....

zapomogi zdrowotnej z powodu:

.....

.....

.....

.....

.....
data

.....
pieczętka i podpis Burmistrza