|  |  |
| --- | --- |
| **Znak sprawy** | **Data złożenia wniosku** |
|  |  |

**Prezydent**

**Miasta Koszalina**

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane nauczyciela** *(którego dotyczy wniosek)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko nauczyciela | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | |  |  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  |  | | |  |  | |  |
| Nr telefonu lub/i adres poczty elektronicznej | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania | | | | (ulica, nr domu, nr mieszkania) | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| kod pocztowy | | |  | | |  | | - | |  | | |  | |  | | | miejscowość | | | |  | | | | | |
| Wniosek dotyczy  *(właściwe należy zaznaczyć „X”)* | | | | nauczyciela czynnego zawodowo  nauczyciela: emeryta/rencisty/otrzymującego świadczenie kompensacyjne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce zatrudnienia / ostatnie miejsce zatrudnienia | | | | nazwa szkoły | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| adres szkoły | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane wnioskodawcy** *(należy wpisać jeśli wniosek składa opiekun prawny)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko wnioskodawcy | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | |  |  |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  |  | | |  |  | |  |
| Nr telefonu | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania | | | | ulica, nr domu, nr mieszkania) | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| kod pocztowy | | | |  | | |  | | - | | |  | |  | | |  | | miejscowość | | |  | | | | | |
| **Oświadczenie o dochodach** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*Miesięczne dochody z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadające odpowiednio na osobę samotnie gospodarującą lub na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym, przy czym miesięczna wysokość dochodu podlega ustaleniu na zasadach określonych w art. 8 ust. 3-13 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **L.p.** | | **Imię i nazwisko** | **Stopień pokrewieństwa** | | | | **Data urodzenia** | | | | | | | | | | | | | | | | **Miejsce pracy-nauki** | | | **Wysokość dochodu z ostatnich 3 miesięcy w zł\*** | | | | | |
| 1. | |  | nauczyciel, którego dotyczy wniosek | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 2. | |  |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 3. | |  |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 4. | |  |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 5. | |  |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 6. | |  |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| A. | | Łączny dochód w rodzinie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| B. | | Liczba osób w rodzinie wspólnie zamieszkujących i gospodarujących | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| C. | | Średni dochód na osobę w rodzinie **(C=A/B)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| D. | | Średni miesięczny dochód na osobę w rodzinie **(D=C/3)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Uzasadnienie wniosku** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............…………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Do wniosku dołączam następujące dokumenty** *(należy zaznaczyć „X” właściwe TAK/NIE)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | **NIE** | | |
| 1. | zaświadczenie potwierdzające aktualne miejsce zatrudnienia nauczyciela | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |
| 2. | zaświadczenie potwierdzające podstawowe miejsce pracy, z którego nauczyciel odszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |
| 3. | dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia lub rehabilitacji (kopie: faktur VAT, rachunków, paragonów, innych dokumentów uzasadniających przyznanie pomocy) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |
| 4. | zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę i czas leczenia nauczyciela, wystawione w okresie, którego dotyczą poniesione wydatki, wskazane we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |
| 5. | oświadczenie w zakresie wyrażenia zgody na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, na zasadach określonych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych iw sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - RODO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |
| 6. | inne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |
| **Proszę o przelew środków na rachunek bankowy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Właściciel rachunku bankowego: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa banku: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer rachunku bankowego: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  |

*Uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej wynikającej z treści art. 233 § 1 Kodeksu karnego potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych we wniosku i załącznikach.*

………………………………………………………………

*data i czytelny podpis wnioskodawcy*