|  |  |
| --- | --- |
| **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 zawodowonauczyciela: 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** | **Wysokośćdochodu z ostatnich3 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*