

Elbląg, dnia

**Dyrektor
Centrum Kształcenia
Zawodowego i Ustawicznego
w Elblągu**

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELA

Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

Status wnioskodawcy
(*nauczyciel, emeryt, rencista, nauczyciel pobierający świadczenie kompensacyjne*)

Na podstawie art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela wnoszę o przyznanie pomocy zdrowotnej w formie pieniężnej.

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające przewlekłą chorobę ;
- oryginalne, imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia;
- oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny;

W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej, proszę o wypłacenie środków na moje konto bankowe:

.....

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia nie były refundowane z innych źródeł.
2. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
3. Oświadczam, że dochód (netto) przypadający na jednego członka rodziny z ostatnich 3 miesięcy wynosi

.....

podpis

Opinia Zakładowych Organizacji Związkowych i proponowana wysokość pomocy finansowej:

1)

2)

3)

4)

Decyzja Dyrektora CKZiU:

.....