

Burmistrz Gminy Dębno
ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 5
74-400 Dębno

WNIOSEK O PRYZYCNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

WNIOSEK WYPEŁNIĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI

[illegible]

5.UZASADNIENIE WNIOSKU:

6. WYDATKI PONIESIONE NA CELE ZDROWOTNE:**ZESTAWIENIE UDOKUMENTOWANYCH WYDATKÓW NA CELE ZDROWOTNE:**

Lp.	DATA FAKTURY RACHUNKU	NUMER FAKTURY RACHUNKU	CEL / RODZAJ WYDATKU	KWOTA [zł]
1				
2				
3				
4				
5				
...				

WYDATKI OGÓŁEM:**7. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

Lp.	RODZAJ ZAŁĄCZNIKA	IŁOŚĆ ZAŁĄCZNIKÓW
☐ 1	aktualne zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę potwierdzające fakt istnienia choroby, długotrwałe leczenie szpitalne lub poszpitalne, leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, wyrobów medycznych, środków pomocniczych, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki, stosowania leków, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku;	
☐ 2	imienne faktury lub imienne rachunki potwierdzające poniesienie wydatku wymienionego we wniosku - wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy przed datą złożenia wniosku	
☐ 3	oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela zawierające informację o przeciętnych miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (załącznik nr 1 do wniosku)	

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA.....
CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY

8. POTWIERDZENIE DANYCH O ZATRUDNIENIU:

Wymiar zatrudnienia nauczyciela w dniu składania wniosku:
(jeśli dotyczy)

Niniejszym potwierdzam, że Pan/Pani:

nie posiada uprawnień* / posiada uprawnienia* do korzystania z funduszu zdrowotnego nauczycieli

.....
PIECZĘĆ SZKOŁY

.....
DATA I PODPIS DYREKTORA

*niewłaściwe skreślić