

**WNIOSEK**  
**o przyznanie zapomogi zdrowotnej dla nauczycieli**  
**zgodnie z art.72 Karty Nauczyciela**

1. Nazwisko i imię.....
2. Nr PESEL.....
3. Adres zamieszkania .....
4. Pełna nazwa placówki w której wnioskodawca jest zatrudniony  
lub placówki odejścia na emeryturę  
.....
5. Stanowisko \* .....
6. Wymiar czasu pracy\* .....
7. Kiedy wnioskodawca korzystał z podobnego świadczenia.....
8. Uzasadnienie wniosku (opis choroby oraz przebieg leczenia):  
.....  
.....  
.....  
.....
9. O jakie świadczenie ubiega się wnioskodawca:\*\*
  - a) dofinansowanie kosztów zakupu leków lub sprzętu medycznego
  - b) dofinansowanie kosztów pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej
  - c) dofinansowanie kosztów specjalistycznego leczenia
  - d) dofinansowanie kosztów pobytu na turnusach rehabilitacyjnych lub kosztów usług rehabilitacyjnych
10. Z jakiego tytułu wnioskodawca ubiega się o pomoc:\*\*
  - a) leczenia się w innej miejscowości z powodu braku odpowiedniej placówki w miejscu zamieszkania
  - b) leczenia się w miejscu zamieszkania z powodu przewlekłej lub wyjątkowo ciężkiej choroby
  - c) korzystania ze specjalistycznej pomocy lekarskiej w innej miejscowości pomimo istnienia placówki służby zdrowia w miejscu zamieszkania
11. Oświadczam że moje miesięczne dochody brutto na 1 członka rodziny liczone za ostatnie 3 miesiące wynoszą .....
- Słownie : .....

Przyznaną zapomogę proszę przekazać na moje konto osobiste  
Nr .....

*Oświadczam , że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych o stanie zdrowia ( ustawa z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. Nr 101 poz.926 z 2002r. ze zmianami )*

Sosnowiec, dnia .....

.....  
*Podpis wnioskodawcy*

Załączniki do wniosku :

- aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty (pobyt w szpitalu, leczenie sanatoryjne, ambulatoryjne)\*\*
- imiennie wystawione rachunki lub faktury potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem\*\*

12. Komisja Zdrowotna w składzie :

Podpis

- |         |       |
|---------|-------|
| 1. .... | ..... |
| 2. .... | ..... |
| 3. .... | ..... |
| 4. .... | ..... |
| 5. .... | ..... |

opiniuje pozytywnie / negatywnie \*\*\* wniosek p. ....  
i wnioskuje do Dyrektora Szkoły Podstawowej nr 45 w Sosnowcu o przyznanie/nie przyznanie \*\*\* pomocy zdrowotnej w formie świadczenia w wysokości ..... zł  
Słownie: .....

Sosnowiec, dnia .....

13. Na podstawie Uchwały Nr 186/XIII/07 Rady Miejskiej w Sosnowcu z dnia 21 czerwca 2007 roku, oraz obwieszczenia Prezesa Rady Ministrów w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art 2 ust.4 ustawy z dnia 10 października 2002r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, przyznaję / nie przyznaję \*\*\* zapomogę zdrowotną  
p. .... w wysokości .....  
słownie : .....

Sosnowiec, dnia .....

Dyrektor SP nr 45 w Sosnowcu

- \* dotyczy czynnych nauczycieli
- \*\* właściwe podkreślić
- \*\*\* niepotrzebne skreślić