**WNIOSEK**

**o przyznanie pomocy zdrowotnej**

**w formie bezzwrotnego zasiłku pieniężnego**

**Dane osobowe**

1. Imiona i nazwisko wnioskodawcy

……………………………………………………………………………….………………………

1. Adres zamieszkania, numer telefonu, adres e-mail

……………………………………………………………………………….………………………

1. Data urodzenia

……………………………………………………………………………..………………………..

1. Szkoła/placówka oświatowa, w której nauczyciel jest/był zatrudniony¹

……………………………………………………………………………….………………………

¹ w momencie przejścia na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

1. Jestem nauczycielem zawodowo: *(zaznaczyć właściwe)*

czynnym

nieczynnym (przebywającym na emeryturze, rencie lub nauczycielskim świadczeniu kompensacyjnym)

**Uzasadnienie**

Proszę o przyznanie pomocy zdrowotnej w postaci bezzwrotnego świadczenia pieniężnego
w związku z:

(*zaznaczyć właściwe; możliwość wielokrotnego wyboru*)

ciężką i/lub przewlekłą chorobą

długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia
w warunkach domowych lub sanatoryjnych

długotrwałym leczeniem specjalistycznym, z uwzględnieniem leczenia stomatologicznego, ortodontycznego oraz koniecznością skorzystania z usługi
z zakresu protetyki dentystycznej

koniecznością zakupu protez, sprzętu rehabilitacyjnego, niezbędnej aparatury medycznej lub szkieł korekcyjnych

stosowaniem profilaktyki zdrowotnej w zakresie: szczepień ochronnych
oraz onkologicznej

**Sposób przyznania pomocy zdrowotnej**

Wypłatę świadczenia proszę przekazać na rachunek bankowy:

(*uzupełnić: numer konta bankowego, imię i nazwisko właściciela, nazwę banku*)

……………………………………………………………...……………………………………

……………………………………………………………………………...……………………

**Wymagane załączniki**

Do wniosku przedkładam wymagane załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie lub inne dokumenty wystawione przez lekarza w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku zawierające:

(*zaznaczyć właściwe; możliwość wielokrotnego wyboru*)

wskazanie jednostki chorobowej

rozpoznanie schorzenia

potwierdzenie odbycia leczenia choroby lub schorzenia

potwierdzenie realizacji zabiegu profilaktycznego w zakresie szczepień ochronnych lub onkologii

potwierdzenie skorzystania z usług z zakresu protetyki dentystycznej

1. Imienne dokumenty (oryginały) potwierdzające poniesione w ciągu ostatnich
6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku koszty:

(*zaznaczyć właściwe; możliwość wielokrotnego wyboru*)

leczenia

rehabilitacji

zabiegów profilaktycznych w zakresie szczepień ochronnych lub/oraz onkologii

usług z zakresu protetyki dentystycznej

zakupu protez, sprzętu rehabilitacyjnego, niezbędnej aparatury medycznej
lub szkieł korekcyjnych

1. Oświadczenie o osobistym wykorzystaniu zakupionych świadczeń, usług i środków medycznych.
2. Oświadczenie o aktualnym miesięcznym dochodzie netto przypadającym na jednego członka rodziny wnioskodawcy.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(data i miejscowość) (czytelny podpis wnioskodawcy)*