

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr X/93/19
Rady Gminy Oleśnica
z dnia 26 września 2019 r.

Oleśnica, dnia

.....

(imię i nazwisko)

.....

.....

(adres zamieszkania)

.....

(nr telefonu)

.....

(szkoła, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony)

Wójt Gminy Oleśnica

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z powodu:

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

Przyznaną pomoc zdrowotną proszę przekazać na rachunek bankowy:

.....

nazwa banku i nr rachunku bankowego

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie lub inne dokumenty świadczące o stanie zdrowia, dokumentację wypisu szpitalnego lub dokumenty potwierdzające leczenie specjalistyczne lub rehabilitacyjne,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (oryginały imiennych faktur i rachunków) poniesione w poprzednim roku kalendarzowym,

3) oświadczenie nauczyciela o uzyskanych dochodach w przeliczeniu na 1 członka rodziny na druku stanowiącym załącznik nr 2 do uchwały,

4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie świadczenia (wymienić jakie):

.....

Ostatni raz z tej formy pomocy korzystałem/am w roku

Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach na zasadach określonych ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, ze zm.) dla celów związanych z przyznaniem pomocy zdrowotnej.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy