

Znak sprawy	Data złożenia wniosku

**Prezydent  
Miasta Szczecin**

### Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

Dane nauczyciela (którego dotyczy wniosek)									
Imię i nazwisko nauczyciela									
Data urodzenia									
Dane kontaktowe: Nr telefonu lub/i adres poczty elektronicznej									
Adres zamieszkania	(ulica, nr domu, nr mieszkania)								
	kod pocztowy					-			miejsowość
Wniosek dotyczy (właściwe należy zaznaczyć „X”)	<input type="checkbox"/> nauczyciela czynnego zawodowo <input type="checkbox"/> nauczyciela: emeryta/rencisty/otrzymującego świadczenie kompensacyjne								
Miejsce zatrudnienia / ostatnie miejsce zatrudnienia	nazwa szkoły								
	adres szkoły								
Uzasadnienie wniosku									
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>									
Do wniosku dołączam następujące dokumenty (należy zaznaczyć „X” właściwe TAK/NIE)								TAK	NIE
1.	zaświadczenie lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty, wystawione nie wcześniej niż <b>12 miesięcy</b> przed dniem złożenia wniosku w szkole							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	oryginały imiennych faktur lub rachunków potwierdzających koszty leczenia lub zakupu wskazane we wniosku, poniesione w ciągu <b>12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku w szkole</b>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	oświadczenie w zakresie wyrażenia zgody na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, na zasadach określonych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – RODO (dotyczy danych kontaktowych)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.	Inne (Np. pełnomocnictwo, oświadczenie osoby bliskiej lub opiekuna faktycznego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p style="text-align: right;">..... data i czytelny podpis Wnioskodawcy</p>			

Potwierdzenie zasadności wnioskowania o pomoc zdrowotną przez dyrektora szkoły	
Rozdział klasyfikacji budżetowej	
WNIOSEK DOTYCZY: (właściwie należy zaznaczyć „X”)	<input type="checkbox"/> NAUCZYCIELA CZYNNEGO ZAWODOWO- ..... (wymiar etatu) <input type="checkbox"/> NAUCZYCIELA EMERYTA, <input type="checkbox"/> NAUCZYCIELA RENCISTY, <input type="checkbox"/> NAUCZYCIELA OTRZYMUJĄCEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE.
..... Pieczęć szkoły	..... Pieczęć i podpis dyrektora

### Decyzja Prezydenta Miasta Szczecin

Po zapoznaniu się z wnioskiem, załączonymi dokumentami

**Przyznaję** Pani/ Panu świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości..... zł

Kwota słownie.....  
.....

**Odmawiam** Pani/Panu świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Uzasadnienie (tylko w przypadku decyzji odmownej).....  
.....  
.....

.....  
(podpis Prezydenta)