Załącznik Nr 1

 do Uchwały Nr………..

 Rady Powiatu Pisz

 z dn. 25 października 2007r.

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

…………………………………………………………………………………………………

 Wnioskodawca (imię i nazwisko)

………………………………………………………………………………………………….Adres zamieszkania i nr telefonu

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

Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej

Uzasadnienie:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

W załączeniu:

1.aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie, pobycie w szpitalu,

2.dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (np. rachunki, faktury potwierdzające faktycznie poniesione wydatki),

3.oświadczenie o dochodzie przypadającym na jednego członka rodziny (z ostatnich 3 m-cy poprzedzających złożenie wniosku).

Oświadczam, że

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych (zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy- z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (jt. Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz.926 z późn. zmian.), w tym danych wrażliwych zbieranych na potrzeby przyznawania świadczenia pieniężnego, związanego z pomocą zdrowotną dla nauczycieli szkoły, placówki.

…………………………… ………………………………

 miejscowość, dnia podpis wnioskodawcy

Decyzja dyrektora szkoły, placówki

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości:

………………………………………….zł (słownie zł:………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Pieczęć szkoły, placówki

…………………………… ………………………………

 data podpis, pieczątka dyrektora