

.....
Data złożenia wniosku
(wypełnia szkoła)

DYREKTOR
ZESPOŁU SZKÓŁ MECHANICZNYCH
W KIELCACH

WNIOSEK

O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI ZESPOŁU SZKÓŁ MECHANICZNYCH W KIELCACH

DANE WNIOSKODAWCY	
NAZWISKO I IMIĘ	
ADRES ZAMIESZKANIA	
NUMER TELEFONU	
Status Nauczyciela: Pracownik, Emeryt, Rencista, Przebywający na nauczycielskim świadczeniu kompensacyjnym	

Zwracam się z prośbą o przyznanie zapomogi zdrowotnej.

Uzasadnienie wniosku (charakterystyka choroby, kosztów leczenia lub zakupów leków):

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

Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach netto przypadających na członka rodziny z ostatniego roku poprzedzającego złożenie wniosku.

**Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto na jednego członka rodziny zamieszkującego we wspólnym gospodarstwie domowym mojej rodziny 1) w roku
2) mieści się w grupie (właściwe zakreślić)**

- I. Do 4.000,00 zł
- II. Powyżej 4.000,00 zł do 5.000,00 zł
- III. Powyżej 5.000,00 zł

Informacja o członkach rodziny (współmałżonek, dzieci) w gospodarstwie domowym

Lp.	Imię i nazwisko członka rodziny	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia (dotyczy dzieci)	Miejsce nauki (dotyczy dzieci)
1				
2				
3				
4				
5				

1) Rok poprzedzający złożenie wniosku

2) W celu wyliczenia średniego miesięcznego dochodu na jednego członka rodziny należy sumę przychodów wszystkich członków gospodarstwa domowego pomniejszyć o koszty uzyskania przychodu, składki na ubezpieczenie społeczne, składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz podatek dochodowy, a następnie podzielić przez ilość członków gospodarstwa domowego oraz podzielić przez ilość 12 miesięcy.

Przychód obejmuje:

wynagrodzenie uzyskane w ramach stosunku pracy; dochody zagraniczne; emerytury i renty; nauczycielskie świadczenia kompensacyjne; zasiłki z ubezpieczenia społecznego; dochód z gospodarstwa rolnego, ustalony wg 1 ha przeliczeniowego (dochód miesięczny w wysokości 1/12 dochodu ogłaszanego corocznie w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art.18 ustawy o podatku rolnym); gospodarstwo rolne dofinansowanie; dochód z działalności gospodarczej lub współpracy przy prowadzeniu takiej działalności; wynagrodzenie z umów zlecenia, umów o dzieło, umów agencyjnych lub umów o pracę nakładczą; zasiłki przysługujące bezrobotnym; dochody z tytułu najmu, dzierżawy i innych źródeł; stypendia, dochody dziecka będącego na utrzymaniu rodziców; inne dochody; dodatkowe przysporzenia; alimenty i świadczenia z funduszu alimentacyjnego (alimenty płacone pomniejszając dostępne środki, a otrzymywane powiększając środki do życia); świadczenia rodzinne, wychowawcze; zasiłki rodzinne; zasiłki stałe i inne świadczenia cyklicznie itp.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie dla Komisji Zdrowia zgodnie z przepisami. Administratorem danych osobowych jest Zespół Szkół Mechanicznych w Kielcach.

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem i jestem świadomy(a) odpowiedzialności regulaminowej i karnej (art.233 Kodeksu Karnego). W przypadku ujawnienia niezgodności podanych informacji ze stanem faktycznym będę zobowiązany/a do zwrotu udzielonego świadczenia.

Oświadczenie o niepobieraniu zapomogi pieniężnej w innym miejscu pracy (dotyczy czynnych nauczycieli)

Oświadczam, że nie korzystam z pomocy zdrowotnej w innej szkole

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Przyznaną zapomogę proszę przekazać:

- na rachunek bankowy nr.....

Załączniki:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wnioskodawcy
2. Inne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia
3. Inne.....

DECYZJA KOMISJI:

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

DATA:

PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI:

UDZIELAM / NIE UDZIELAM ZAPOMOGE/I PIENIĘŻNĄ/EJ

.....
(podpis i pieczęć dyrektora szkoły)