Załącznik 1 do   
Regulaminu określającego rodzaj świadczeń oraz warunki i sposób przyznawania środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, korzystających z opieki zdrowotnej, zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Kobylnica

# WNIOSEK

# O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

**DANE WNIOSKODAWCY:**

* + 1. Nazwisko i imię wnioskodawcy
    2. Miejsce zamieszkania
    3. Nazwa i adres szkoły
    4. Status wnioskodawcy a) nauczyciel czynny zawodowo

1. nauczyciel emeryt/ rencista/ otrzymujący świadczenie kompensacyjne
   * 1. Wymiar etatu
     2. Pesel
     3. Urząd Skarbowy w
     4. Nr telefonu (dana do kontaktu)

**SYTUACJA ZDROWOTNA: (wstawić znak X)**

Oświadczam, że poniesione koszty związane są z:

długotrwałą chorobą

leczeniem szpitalnym

leczeniem specjalistycznym

leczeniem sanatoryjnym

**UZASADNIENIE WNIOSKU:**

**FORMA ODBIORU ŚWIADCZENIA**

Gotówką (odbiór w księgowości Centrum Usług Wspólnych w Kobylnicy)

Przelewem na rachunek bankowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ZAŁĄCZNIKI:**

Potwierdzam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

…………………………………………………………..

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)