

Miasta Ząbki

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania*:
-
3. Numer telefonu*:.....
4. Adres poczty elektronicznej*.....
5. Nazwa szkoły/przedszkola w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony
-

Zwracam się z prośbą o przyznanie dofinansowania kosztów leczenia ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej:

.....

.....

.....

.....

.....

6. Oświadczam, że:

1) wydatki związane z leczeniem, o których mowa § 3 ust. 1 Uchwały Nr X/97/2024 Rady Miasta Ząbki z dnia 25 listopada 2024 r. (Dz. Urz. Woj. Maz. Poz. 12082) w sprawie określenia rodzajów świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu przyznawania tych świadczeń, w okresie 12 miesięcy do dnia złożenia wniosku wyniosły..... zł

.....(słownie);

2) wydatki związane z leczeniem, o których mowa § 3 ust. 1 ww. uchwały są udokumentowane dokumentami potwierdzającymi poniesione koszty dołączonymi do wniosku;

3) wnioskowane dofinansowanie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu leków i pozostałych świadczeń uzyskanych nieodpłatnie oraz wydatków zrefundowanych z innych funduszy.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

7. Oświadczenie o stanie zdrowia wnioskodawcy:

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

Wypłaty świadczenia pieniężnego proszę dokonać

[] na rachunek bankowy (wg wyboru)

[] w kasie Urzędu Miasta Ząbki (wg wyboru)

Do wniosku dołączam:

1. dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

* dane dobrowolne

DECYZJA BURMISTRZA MIASTA ZĄBKİ

Zgodnie z Uchwałą Nr X/97/2024 Rady Miasta Ząbki z dnia 25 listopada 2024 r. (Dz. Urz. Woj. Maz. Poz. 12082) w sprawie określenia rodzajów świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu przyznawania tych świadczeń
przyznaję/nie przyznaję dofinansowanie kosztów leczenia w wysokości.....zł
(słownie złotych:.....)

*niepotrzebne skreślić

.....
podpis Burmistrza Miasta Ząbki