Załącznik Nr 1 do

Regulaminu przyznawania

pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

**Wójt Gminy Gzy**

**Gzy 9**

**06-126 Gzy**

**WNIOSEK**

**o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli**

**WNIOSKODAWCA:**

1.Nauczyciel..................................................................................................

(imię i nazwisko / czynny, emerytowany, przebywający na rencie, świadczeniu kompensacyjnym)

2.Adres zamieszkania..................................................................................................

3.Miejsce pracy .............................................................................................

(obecne/dla emerytów, rencistów byłe)

4.Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną:................................................................................................................

**UZASADNIENIE WNIOSKU:** ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**WYDATKI PONIESIONE NA CELE ZDROWOTNE:**

Zestawienie udokumentowanych wydatków na cele zdrowotne należy podać: kwoty wydatków poniesionych na cele zdrowotne -data/kwota/rodzaj wydatku:

…………………………………………………………………………………………

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

W załączeniu do wniosku przedkładam następujące dokumenty potwierdzające uprawnienia i potrzebę przyznania pomocy z funduszu zdrowotnego nauczycieli:

1)........................................................................................................................................

2)........................................................................................................................................

3)........................................................................................................................................

4)........................................................................................................................................

5)........................................................................................................................................

**INFORMACJA DYREKTORA SZKOŁY:** .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

(pieczęć szkoły) (data i podpis dyrektora)

**DECYZJA WÓJTA GMINY GZY:**

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej\*, w wysokości: .....................zł.

(słownie złotych): ...........................................................................................................

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej\* (uzasadnienie) ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.\*niepotrzebne skreślić.

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

(data i podpis Wójta)