

Imię i nazwisko:

Miejsce pracy/nr emerytury/ nr nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego:
.....

Adres zamieszkania:

Ostatnie przyznane świadczenie, o które występuję otrzymałem/am dnia:
w wysokości:

Wniosek
o przyznanie zasiłku zdrowotnego dla nauczycieli
oraz emerytów i rencistów – byłych nauczycieli

1. Leczę się: *

- a) z powodu przewlekłej choroby i jej przebieg jest wyjątkowo ciężki,
- b) korzystam z pomocy leczniczej, specjalistycznej w innej miejscowości,
- c) korzystam ze sprzętu leczniczego lub rehabilitacyjnego.

* podkreśl właściwą odpowiedź

2. Dodatkowe uzasadnienie wniosku:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

** w dodatkowym uzasadnieniu wniosku powinny być zawarte informacje dotyczące dodatkowych kosztów poniesionych przez wnioskodawcę, w związku z przeprowadzeniem leczenia jak i całokształtu okoliczności wpływających na sytuację materialną: choroba przewlekła, konieczność dalszego leczenia w domu, stosowanie diety żywieniowej, wynajęcie opieunki dla chorego, konieczność ciągłych dojazdów na leczenie, konieczność długotrwałej rehabilitacji, itp.

W załączeniu przedkładam dokumenty, o których mowa w §7 uchwały nr LII/332/2018 Rady Gminy Lubomia z dnia 14 sierpnia 2018 r. :

- a) aktualne (wydane w okresie nie dłuższym niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) zaświadczenie lekarskie potwierdzające stan zdrowia i leczenie nauczyciela,
- b) kserokopie faktur lub imiennych rachunków potwierdzające poniesione koszty, o których mowa w §3 w/w Uchwały oraz mające odzwierciedlenie w aktualnym zaświadczeniu lekarskim,
- c) oświadczenie nauczyciela o średnim miesięcznym dochodzie brutto z trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadającym na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym*** z uwzględnieniem wszystkich źródeł dochodu (podlegających i niepodlegających opodatkowaniu),
- d) aktualne (wydane w okresie nie dłuższym niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku) zaświadczenie o zarobkach z zakładu pracy lub aktualną decyzję w sprawie przyznania emerytury lub renty.

*** pod pojęciem gospodarstwa domowego rozumie się – zespół osób spokrewnionych lub niespokrewnionych (np. małżonkowie, partnerzy, dziadkowie, rodzice, dzieci, rodzeństwo, inni członkowie rodziny oraz inne osoby niespokrewnione), które w sposób ciągły i zamierzony wspólnie zamieszkują i wspólnie ponoszą koszty utrzymania.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że wspólne gospodarstwo prowadzi ze mną:

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa****
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

****osoby spokrewnione, t.j.: rodzice, współmałżonek, dzieci własne, przysposobione, przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, dzieci współmałżonka, w wieku do końca roku kalendarzowego, w którym kończą lat 18 albo w przypadku gdy uczą się w szkole lub w szkole wyższej do ukończenia przez nich 25 roku życia i bezterminowo dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością w stopniu znacznym i będące pod opieką nauczyciela ubiegającego się o świadczenie pomocy zdrowotnej.

W związku z powyższym, wysokość dochodu na członka rodziny pozostającego we wspólnym, moim gospodarstwie domowym wynosi: zł.

Przedkładałam faktury i rachunki imienne, wystawione nie wcześniej niż rok od daty złożenia przeze mnie ostatniego wniosku o przyznanie mi zasiłku zdrowotnego, na łączną kwotę zł.

Posiadam konto bankowe w banku

Nr konta to:

OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie wyżej informacje są prawdziwe.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Opinia Komisji powołanej przez Wójta Gminy Lubomia:

Wysokość proponowanej przez Komisję zapomogi:

Podpisy członków Komisji:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

WÓJTA GMINY

r.pr. dr Czesław Sure