

ZARZĄDZENIE NR 95/2018
WÓJTA GMINY REŃSKA WIEŚ
z dnia 8 listopada 2018r.

**w sprawie określenia wzoru formularza wniosku i oświadczenia o przyznanie świadczeń
pomocy zdrowotnej dla nauczycieli**

Na podstawie art.30 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018r. poz.994 z późn. zm.) oraz Załącznika do Uchwały nr XLV/277/18 Rady Gminy Reńska Wieś z dnia 19 października 2018r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Reńska Wieś oraz warunków i sposobu ich przyznawania co następuje:

§ 1

Określam wzory formularza wniosku i oświadczenia w postępowaniu o przyznanie świadczeń pomocy zdrowotnej nauczycieli stanowiące odpowiednio załącznik nr 1 i nr 2 do zarządzenia.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 13 listopada 2018r.

WÓJTA GMINY
Reńska Wieś
mgr *Marian Wojciechowski*

Załącznik nr 1 do Zarządzenia Wójta Gminy Reńska Wieś
Nr 95/2018 z dn.8 listopada 2018r. do Regulaminu przyznawania
świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli
zatrudnionych szkołach i przedszkolach prowadzonych
przez Gminę Reńska Wieś

WNIOSEK

o przyznanie pomocy zdrowotnej nauczycielom

WNIOSKODAWCA

1. Imię i nazwisko:
.....
2. Adres zamieszkania:
.....
.....
.....
3. A) miejsce pracy, w którym wnioskodawca **jest** zatrudniony (dot. nauczycieli czynnych)
.....
.....
(nazwa szkoły)

staż pracy pedagogicznej:(lat)
1. B) miejsce pracy, w którym nauczyciel **był** zatrudniony (nauczyciel emerytowany, przebywający na rencie, przebywający na nauczycielskim świadczeniu kompensacyjnym* - niepotrzebne skreślić)
.....
.....
(nazwa szkoły)
2. Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną
.....
3. Ze środków fundusz zdrowotnego korzystałem w roku
i uzyskałem pomoc zdrowotną w wysokości zł

UZASADNIENIE WNIOSKU:

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z powodu (opisać przyczynę)

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- dokumentację medyczną o stanie zdrowia, w tym aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie
- zdrowia oryginalne, imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia
- oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny
- inne dokumenty – wymienić jakie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w związku z przebiegiem prac związanych z przyznawaniem zapomóg zdrowotnych dla nauczycieli i nauczycieli emerytów i rencistów, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE.L Nr 119, str.1)

.....
Podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE UPRAWNIEŃ I OPINIA DYREKTORA SZKOŁY:

Niniejszym potwierdzam, że Pan/Pani

.....
posiada/nie posiada* uprawnień do korzystania z pomocy zdrowotnej nauczycieli i złożony wniosek jest kompletny
Wniosek opiniuję pozytywnie/negatywnie* z uwagi na

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

*niepotrzebne skreślić

OPINIA KOMISJI DS. POMOCY ZDROWOTNEJ NAUCZYCIELI I PROPONOWANA WYSOKOŚĆ POMOCY FINANSOWEJ:

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

PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI

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

DECYZJA WÓJTA GMINY REŃSKA WIEŚ :
UDZIELONO/NIE UDZIELONO* POMOCY
ZDROWOTNEJ W WYSOKOŚCI:

.....słownie:
.....

.....

(Miejscowość i data)

.....

(pieczęć i podpis Wójta)

**Oświadczenie o dochodach brutto przypadających na członka rodziny
z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną**

.....
(Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

We wspólnym gospodarstwie domowym wraz ze mną pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia dziecka	Rodzaj szkoły	Dochód brutto z ostatnich 3 miesięcy
1		wnioskodawca			
2					
3					
4					
5	RAZEM				

Oświadczam, że średni dochód brutto przypadający na jednego członka mojej rodziny, wyliczony na podstawie dochodów opodatkowanych i nieopodatkowanych ze wszystkich źródeł* osób, które pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

.....zł (słownie:.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis)

*do dochodu wlicza się: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło.