Załącznik Nr 2 do uchwały Nr XI/246/24
Rady Miasta Gdyni
z dnia 27 listopada 2024 r.

PREZYDENT MIASTA GDYNI
al. Marszałka Piłsudskiego 52/54
81-382 Gdynia

WNIOSEK
O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

WNIOSEK WYPEŁNIĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI

1. DANE WNIOSKODAWCY:
1.1. IMIĘ I NAZWISKO:
1.2. PESEL
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
1.3. ADRES ZAMIESZKANIA
1.4. WNIOSEK DOTYCZY NAUCZYCIELA (zaznaczyć właściwe)
☐ CZYNNEGO ZAWODOWO ☐ EMERYTA ☐ RENCISTY ☐ OTRZYMUJĄCEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE
2. OBECNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA WNIOSKODAWCY (CZYNNY ZAWODOWO NAUCZYCIEL):
2.1. NAZWA SZKOŁY:
2.2. ADRES SZKOŁY:
3. OSTATNIE MIEJSCE ZATRUDNIENIA (EMERYT / RENCISTA / NAUCZYCIEL OTRZYMUJĄCY ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE): (emeryci, renciści i otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne wpisują szkołę, w której byli zatrudnieni przed przejściem na to świadczenie lub szkołę, w której jest dokonywany odpis na ZFŚS)
3.1. NAZWA SZKOŁY:
3.2. ADRES SZKOŁY:

4. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO NA KTÓRY NALEŻY PRZEKAZAĆ PRZYZNANE ŚWIADCZENIE W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ

5. UZASADNIENIE WNIOSKU

6. WYDATKI PONIESIONE NA CELE ZDROWOTNE:

ZESTAWIENIE UDOKUMENTOWANYCH WYDATKÓW NA CELE ZDROWOTNE

Lp.	DATA FAKTURY / RACHUNKU	NUMER FAKTURY / RACHUNKU	CEL / RODZAJ WYDATKU	KWOTA (W ZŁ)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
			ŁĄCZNE WYDATKI	

7. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	RODZAJ ZAŁĄCZNIKA	ILOŚĆ ZAŁĄCZNIKÓW
1	KOPIA ZAŚWIADCZENIA WYSTAWIONA PRZEZ LEKARZA RODZINNEGO LUB LEKARZA SPECJALISTĘ, POTWIERDZAJĄCA DŁUGOTRWAŁĄ CHOROBĘ (CHOROBA NIEULECZALNA, PRZEWLEKŁA), DŁUGOTRWAŁE LECZENIE SPECJALISTYCZNE	
2	KOPIE IMIENNYCH DOKUMENTÓW (RACHUNKI, FAKTURY, ITP.), POTWIERDZAJĄCYCH ZAKUP LEKÓW, ŚRODKÓW MEDYCZNYCH, ORTOPEDYCZNYCH I INNYCH	
3	KOPIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH POBYT W SZPITALU	

4	KOPIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH PONIESIONE WYDATKI NA BADANIA SPECJALISTYCZNE, ZABIEGI, USŁUGI MEDYCZNE, REHABILITACYJNE	
5	KOPIE INNYCH IMIENNYCH DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH INNE WYDATKI – WYMIENIĆ ……. ……..	

…..... MIEJSCOWOŚĆ I DATA	…..... CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY

8. POTWIERDZENIE POPRAWNOŚCI I KOMPLETNOŚCI WNIOSKU:

Niniejszym potwierdzam, że Pan/Pani: ….....

nie posiada uprawnień* / posiada uprawnienia* do korzystania z funduszu zdrowotnego nauczycieli.

Poświadczam poprawność i kompletność wniosku.

* niepotrzebne skreślić

…..... PIECZĘĆ SZKOŁY	…..... DATA I PODPIS DYREKTORA