

Załącznik do Uchwały Nr XXII/280/2020
Rady Miejskiej w Krapkowicach
z dnia 17 grudnia 2020 r.

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELA

1. Wnioskodawca (imię i nazwisko):
2. Adres zamieszkania:
3. Numer telefonu :.....
4. Nazwa i adres placówki oświatowej:.....
(w której nauczyciel jest zatrudniony lub w przypadku nauczyciela emeryta, do której należy)
5. Forma płatności:
 - a) Nr konta bankowego:.....
 - b) Kasa Urzędu Miasta i Gminy w Krapkowicach.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- aktualne zaświadczenie lekarskie, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące od daty złożenia wniosku;
- oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty leczenia w okresie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku;
- aktualne zaświadczenie dyrektora placówki oświatowej o zatrudnieniu lub zaświadczenie, że nauczyciel jest emerytem, rencistą lub pobiera nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby przyznania dofinansowania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)