|  |  |
| --- | --- |
| Załącznik do zarządzenia nr OR-I.0050.34.2022 r. z dnia 25 stycznia 2022 r.  **Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**  Data wpływu…………………………………………  **DANE WNIOSKODAWCY** | |
| **IMIĘ** |  |
| **NAZWISKO** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |  |
| **NR TELEFONU** |  |
| **STATUS NAUCZYCIELA**  *(zaznaczyć właściwe)* | nauczyciel czynny zawodowo  emeryt  rencista  pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne |
| **MIEJSCE ZATRUDNIENIA / OSTATNIE MIEJSCE ZATRUDNIENIA** |  |
| **Proszę o przyznanie pomocy zdrowotnej w związku z długotrwałą chorobą i wynikającym z tego tytułu:** (*zaznaczyć właściwe)*    leczeniem szpitalnym i poszpitalnym,  leczeniem specjalistycznym w tym: badaniami diagnostycznymi i konsultacjami lekarskimi,  korzystaniem z usług rehabilitacyjnych i sanatoryjnych,  zakupem leków i innych środków farmaceutycznych,  zaangażowaniem niezbędnej opieki medycznej i transportu medycznego,  zakupem niezbędnego sprzętu ortopedycznego, rehabilitacyjnego lub środków pomocniczych (m.in. aparaty słuchowe, okulary korekcyjne, protezy, materiały opatrunkowe itp.). | |
| **UZASADNIENIE WNIOSKU**  **………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **……………………………………………………………………………………………………………………………….**  **……………………………………………………………………………………………………………………………….**  ………………………………… ……………………………………..  (miejscowość, data) (czytelny podpis nauczyciela) | |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**  (*zaznaczyć właściwe)*     1. zaświadczenie lekarskie wystawione w okresie do 6 miesięcy przed datą złożenia wniosku, potwierdzające długotrwałą chorobę, 2. imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesienie kosztów związanych z leczeniem lub zakupem sprzętu, wystawione w okresie do 12 miesięcy przed złożeniem wniosku, 3. inne dokumenty (poświadczone za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę) uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie):   …………………………………………………………………………………………………………………….   1. zaświadczenie o wymiarze zatrudnienia w przypadku nauczyciela, o którym mowa w § 4 ust. 2 pkt 5 *Uchwały Nr XLIX/933/21 Rady Miasta Opola w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej (…)**\**   **\*** Nauczyciel zatrudniony w kilku jednostkach oświatowych, który w żadnej z nich nie jest zatrudniony w wymiarze co najmniej ½ obowiązkowego wymiaru, łącznie jednak wymiar jego zajęć stanowi co najmniej ½ obowiązkowego wymiaru zajęć, dostarcza zaświadczenia o wymiarze zatrudnienia w pozostałych jednostkach. | |
| **FORMA PŁATNOŚCI** (*zaznaczyć właściwe)*    wypłata przyznanych środków finansowych na pomoc zdrowotną na rachunek bankowy   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   inna forma wypłaty ……………………………………………………………………………………………………… | |
| **OŚWIADCZENIE O DOCHODACH**  Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, ze wszystkich źródeł przychodu, z trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, przypadający na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi….…………………zł (brutto) słownie ………………………...……………………………………………………………………………………………..  Liczba osób w rodzinie pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi……………………………………...  Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.  ……………………………… …………………………………..  (miejscowość, data) (czytelny podpis nauczyciela) | |
| **DECYZJA PRACODAWCY W SPRAWIE PRZYZNANIA POMOCY ZDROWOTNEJ** | |
| **UZASADNIENIE ROZPATRZENIA WNIOSKU / WYSOKOŚĆ PRZYZNANEJ POMOCY ZDROWOTNEJ**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……..…..…………..….…………………….…..……………….  (data i podpis) | |