|  |
| --- |
|  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) |