

BURMISTRZ MIASTA KUDOWA – ZDRÓJ

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ –
ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO**

1. Dane wnioskodawcy (nauczyciela):

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania i nr telefonu Wnioskodawcy)

2. Dane dotyczące zatrudnienia wnioskodawcy (nauczyciela):

a) Nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony:

.....
.....

b) Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku (wybrać właściwe):

- czynny zawodowo
 renta / emerytura
 nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

**3. Przyznane mi świadczenie pieniężne z tytułu pomocy zdrowotnej proszę wypłacić
(wybrać właściwe):**

- gotówką,
 na mój rachunek bankowy w Banku
o nr

4. Poświadczenie szkoły:

(poświadczenia dokonują:

w stosunku do nauczycieli czynnych zawodowo – dyrektor szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony;

w stosunku do nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne – jednostka organizacyjna, w której osoby te objęte są opieką socjalną)

Poświadcza się, że dane zawarte w pkt 2 litera a – b są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby upoważnionej)

