

**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)*

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

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis osoby upoważnionej)

