

| Znak sprawy | Data złożenia wniosku |
|-------------|-----------------------|
|             |                       |

**Prezydent  
Miasta Szczecin**

### Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

| Dane nauczyciela<br>(którego dotyczy wniosek)                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |   |  |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|---|--|--------------------------|--------------------------|
| Imię i nazwisko nauczyciela                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |   |  |                          |                          |
| Data urodzenia                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |   |  |                          |                          |
| Dane kontaktowe:<br>Nr telefonu lub/i adres<br>poczty elektronicznej                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |   |  |                          |                          |
| Adres zamieszkania                                                                         | (ulica, nr domu, nr mieszkania)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |   |  |                          |                          |
|                                                                                            | kod pocztowy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  | - |  |                          | miejsowość               |
| Wniosek dotyczy<br>(właściwe należy zaznaczyć „X”)                                         | <input type="checkbox"/> nauczyciela czynnego zawodowo<br><input type="checkbox"/> nauczyciela: emeryta/rencisty/otrzymującego świadczenie kompensacyjne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |   |  |                          |                          |
| Miejsce zatrudnienia /<br>ostatnie miejsce<br>zatrudnienia                                 | nazwa szkoły                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |   |  |                          |                          |
|                                                                                            | adres szkoły                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |   |  |                          |                          |
| Uzasadnienie wniosku                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |   |  |                          |                          |
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |   |  |                          |                          |
| Do wniosku dołączam następujące dokumenty<br>(należy zaznaczyć „X” właściwe TAK/NIE)       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |   |  | TAK                      | NIE                      |
| 1.                                                                                         | zaświadczenie lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty, wystawione nie wcześniej niż <b>12 miesięcy</b> przed dniem złożenia wniosku w szkole                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.                                                                                         | oryginały imiennych faktur lub rachunków potwierdzających koszty leczenia lub zakupu wskazane we wniosku, poniesione w ciągu <b>12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku w szkole</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.                                                                                         | oświadczenie w zakresie wyrażenia zgody na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, na zasadach określonych w Rozporządzeniu 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 – RODO (dotyczy danych kontaktowych) |  |  |  |  |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                 |                                                                                 |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.                                                                              | Inne (Np. pełnomocnictwo, oświadczenie osoby bliskiej lub opiekuna faktycznego) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p style="text-align: right;">.....<br/>data i czytelny podpis Wnioskodawcy</p> |                                                                                 |                          |                          |

| Potwierdzenie zasadności wnioskowania o pomoc zdrowotną przez dyrektora szkoły |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rozdział klasyfikacji budżetowej                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| WNIOSEK DOTYCZY:<br>(właściwie należy zaznaczyć „X”)                           | <input type="checkbox"/> NAUCZYCIELA CZYNNEGO ZAWODOWO-<br>..... (wymiar etatu)<br><input type="checkbox"/> NAUCZYCIELA EMERYTA,<br><input type="checkbox"/> NAUCZYCIELA RENCISTY,<br><input type="checkbox"/> NAUCZYCIELA OTRZYMUJĄCEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE. |
| <p style="text-align: center;">.....<br/>Pieczęć szkoły</p>                    | <p style="text-align: center;">.....<br/>Pieczęć i podpis dyrektora</p>                                                                                                                                                                                             |

### Decyzja Prezydenta Miasta Szczecin

Po zapoznaniu się z wnioskiem, załączonymi dokumentami

**Przyznaję** Pani/ Panu świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości..... zł

Kwota słownie.....  
.....

**Odmawiam** Pani/Panu świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Uzasadnienie (tylko w przypadku decyzji odmownej).....  
.....  
.....

.....  
(podpis Prezydenta)