**Starosta Białobrzeski**

 **Starostwo Powiatowe w Białobrzegach**

 **ul. Plac Zygmunta Starego 9**

 **26 – 800 Białobrzegi**

**WNIOSEK**

**o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli**

**WNIOSKODAWCA:**

1.Nauczyciel……………………………………………………….…………………………….

 (imię i nazwisko/czynny, emerytowany, przebywający na rencie – wpisać)

2. Adres zamieszkania................................................................................................................... .........................................................................................Nr telefonu: ......................................... 3. Miejsce pracy…………………………………………………………………………………

 (obecne/dla emerytów, rencistów byłe – wpisać)

Staż pracy. ................................ lat(a).

4. Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyzna pomoc zdrowotną:

………………………………………………………………………………………………….

(26 cyfr)

5. Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałem/am:

………………………………………………………………………………………………….

(należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej)

**UZASADNIENIE WNIOSKU:**

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**WYDATKI PONIESIONE NA CELE ZDROWOTNE:**

Zestawienie udokumentowanych wydatków na cele zdrowotne należy podać:
 kwoty wydatków poniesionych na cele zdrowotne - data/kwota/rodzaj wydatku. W  załączeniu do wniosku przedkładam następujące dokumenty potwierdzające uprawnienia i potrzebę przyznania pomocy z funduszu zdrowotnego nauczycieli:

1) .................................................................................................................................................. 2) .................................................................................................................................................. 3) .................................................................................................................................................. 4) .................................................................................................................................................. 5) ..................................................................................................................................................

**OŚWIADCZENIE:**

Świadom(y)a odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego, potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym powyższych danych. Jednocześnie wyrażam zgodę
 na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby przyznania dofinansowania z Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli zgodnie z ustawą z dnia
10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. poz. 1000 z późn. zm.)

 ……………………………… …….……….…………………

 (miejscowość i data) (podpis)

**INFORMACJA DYREKTORA SZKOŁY:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………….. …………………………………..

 (pieczęć szkoły) (data i podpis dyrektora)

**DECYZJA STAROSTY BIAŁOBRZESKIEGO:**

 Przyznaje świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej\*,w wysokości: ………………zł.

(słonie złotych):…………………………………………………………………………………

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej\* (uzasadnienie) ……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………….

 (data i podpis Starosty)

Załącznik Nr 2

 do Regulaminu przyznawania

 pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

**Oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela**

**…..……………………………………………………………………………………………….**

(imię i nazwisko nauczyciela)

**………………………………………………………………………………………………….**

(adres, nr telefonu)

Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)………………………….

**Oświadczenie o dochodach**: Oświadczam, ze średni miesięczny dochód brutto
w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi…………………………………. zł.\*

\*wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających
lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające
 ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich
 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

*Świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego
za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, ze powyższe dane są zgodne
 ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.*

 Jednocześnie zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.

………………………………….. ……………………………………….

 (miejscowość, data) (czytelny podpis nauczyciela)