

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr XI/246/24
Rady Miasta Gdyni
z dnia 27 listopada 2024 r.

PREZYDENT MIASTA GDYNI
al. Marszałka Piłsudskiego 52/54
81-382 Gdynia

**WNIOSEK
O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI**

WNIOSEK WYPEŁNIĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI

1. DANE WNIOSKODAWCY:										
1.1. IMIĘ I NAZWISKO:										
1.2. PESEL										
1.3. ADRES ZAMIESZKANIA										
1.4. WNIOSEK DOTYCZY NAUCZYCIELA (zaznaczyć właściwe)										
<input type="checkbox"/> CZYNNEGO ZAWODOWO										
<input type="checkbox"/> EMERYTA										
<input type="checkbox"/> RENCISTY										
<input type="checkbox"/> OTRZYMUJĄCEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE										
2. OBECNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA WNIOSKODAWCY (CZYNNY ZAWODOWO NAUCZYCIEL):										
2.1. NAZWA SZKOŁY:										
2.2. ADRES SZKOŁY:										
3. OSTATNIE MIEJSCE ZATRUDNIENIA (EMERYT / RENCISTA / NAUCZYCIEL OTRZYMUJĄCY ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE): (emeryci, renciści i otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne wpisują szkołę, w której byli zatrudnieni przed przejściem na to świadczenie lub szkołę, w której jest dokonywany odpis na ZFŚS)										
3.1. NAZWA SZKOŁY:										
3.2. ADRES SZKOŁY:										

4. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO NA KTÓRY NALEŻY PRZEKAZAĆ PRYZNANE ŚWIADCZENIE W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ

--	--	--	--	--	--	--	--

5. UZASADNIENIE WNIOSKU

6. WYDATKI PONIESIONE NA CELE ZDROWOTNE:
ZESTAWIENIE UDOKUMENTOWANYCH WYDATKÓW NA CELE ZDROWOTNE

Lp.	DATA FAKTURY / RACHUNKU	NUMER FAKTURY / RACHUNKU	CEL / RODZAJ WYDATKU	KWOTA (W ZŁ)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
			ŁĄCZNE WYDATKI	

7. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	RODZAJ ZAŁĄCZNIKA	ILOŚĆ ZAŁĄCZNIKÓW
1	KOPIA ZAŚWIADCZENIA WYSTAWIONA PRZEZ LEKARZA RODZINNEGO LUB LEKARZA SPECJALISTĘ, POTWIERDZAJĄCA DŁUGOTRWALĄ CHOROBE (CHOROBA NIEULECZALNA, PRZEWLEKŁA), DŁUGOTRWALE LECZENIE SPECJALISTYCZNE	
2	KOPIE IMIENNYCH DOKUMENTÓW (RACHUNKI, FAKTURY, ITP.), POTWIERDZAJĄCYCH ZAKUP LEKÓW, ŚRODKÓW MEDYCZNYCH, ORTOPEDYCZNYCH I INNYCH	
3	KOPIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH POBYT W SZPITALU	

4	KOPIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH PONIESIONE WYDATKI NA BADANIA SPECJALISTYCZNE, ZABIEGI, USŁUGI MEDYCZNE, REHABILITACYJNE	
5	KOPIE INNYCH IMIENNYCH DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH INNE WYDATKI – WYMIENIĆ	
..... MIEJSCOWOŚĆ I DATA	 CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY
8. POTWIERDZENIE POPRAWNOŚCI I KOMPLETNOŚCI WNIOSKU:		
<p>Niniejszym potwierdzam, że Pan/Pani:</p> <p>nie posiada uprawnień* / posiada uprawnienia* do korzystania z funduszu zdrowotnego nauczycieli.</p> <p>Poświadczam poprawność i kompletność wniosku.</p>		
* niepotrzebne skreślić		
..... PIECZĘĆ SZKOŁY	 DATA I PODPIS DYREKTORA