**WNIOSEK
o przyznanie zapomogi zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego dla Nauczycieli**

**I.**Dane nauczyciela lub nauczyciela emeryta/rencisty ubiegającego się o zapomogę zdrowotną:

1. Imię i Nazwisko ………………………………….nr telefonu ……………………………..

2. Adres zamieszkania: ulica ……………………kod ………. miejscowość ………….……..

3. Miejsce pracy (w przypadku emeryta lub rencisty podać ostatnie miejsce pracy przed odejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne:...........................................................………………………………………

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

5. Średni dochód brutto z ostatnich trzech miesięcy na jednego członka rodziny (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe).

Do dochodu wlicza się: alimenty, wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki zdrowotnej, społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło.

………………….…..………słownie: ……………………......................................................

6. Wskazanie nazwy banku i nr konta: …………………………………………………………

**II.**Uzasadnienie wniosku:

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

Załączniki: dokumenty potwierdzające wysokość poniesionych kosztów z tytułu leczenia (wypisać poniżej, dołączyć potwierdzone kserokopie):

1) ……………………………………………………………………………………………….

2) ………………………………………………………………………………………………

.………………………………............

podpis składającego wniosek

**III.**Potwierdzenie dyrektora placówki oświatowej, że wnioskodawca jest osobą uprawnioną do korzystania ze świadczeń w zakresie pomocy zdrowotnej, t.j.:

1) jest nauczycielem zatrudnionym w ……………………………………… w wymiarze …………. etatu;

2) jest nauczycielem, który przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne i jego ostatnim zakładem pracy była ....………………………………………

………………………………………………………….

 pieczątka i podpis dyrektora placówki oświatowej

**IV.**Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych

Burmistrza Gminy i Miasta Grójec, ul. Piłsudskiego 47, 05-600 Grójec w celu przyznania jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego na pomoc zdrowotną.

2. Podaje dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, ze są one zgodne z prawdą.

3. Zapoznałem (-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o sposobach

przetwarzania danych osobowych oraz o prawach osoby której dane dotyczą dostępu do danych

osobowych, w tym uzyskania kopii tych danych; sprostowania (poprawiania) danych

osobowych; żądania usunięcia danych osobowych; żądania ograniczenia przetwarzania danych

osobowych; przenoszenia danych; sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

4. Wiem, że moja zgoda może by przeze mnie odwołana w każdym czasie.

........................,....................... ………………………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis)

**V.**DECYZJA Nr. ………. z dnia ……………..……….

Działając na podstawie Uchwały Nr …………………. z dnia …………… ………………. 2024 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Grójec postanawiam:

1. Przyznać Pani/Panu …………………………..……………………………... zapomogę zdrowotną w wysokości:………………..…………………..…., słownie: ……………………………………………

2. Odmawiam przyznania Pani/Panu……….…………………………………………………..zapomogi zdrowotnej z powodu: ……………………………………………………………………………………

……………………………………………

pieczątka i podpis Burmistrza