

**WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ****I. Dane wnioskodawcy****1. Imię i nazwisko**

.....

**2. Adres zamieszkania**

.....

**3. Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku (właściwe zaznaczyć X)**

czynny zawodowo	
rencista/emeryt	
pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne	

**4. Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznane świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej (wnioskujący uzupełnia dane rachunku bankowego dopiero po uzyskaniu pozytywnej decyzji o przyznaniu świadczenia)**

□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
----	------	------	------	------	------	------

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego, nazwa banku.....

.....

**5. Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej w związku z (właściwe zaznaczyć X):**

Chorobą zawodową lub chorobą przewlekłą wymagającą stałych konsultacji lekarskich, przyjmowania leków, zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	
Długotrwałym leczeniem szpitalnym	
Wypadkiem lub zdarzeniem losowym wskutek którego wymagane jest leczenie specjalistyczne, leczenie sanatoryjne, zakup sprzętu rehabilitacyjnego	
Inne (jakie?)	

**6. Uzasadnienie złożenia wniosku:**

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

**7. Załączniki do wniosku\*\*:**

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

**8. Oświadczenie o dochodzie**

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód netto za rok poprzedzający złożenie wniosku, wyniósł w mojej rodzinie w przeliczeniu na jedną osobę.....zł netto (słownie: .....).

Jestem świadomy/a\* odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**II. Decyzja Starosty Kieleckiego:**

1. Starosta Kielecki *przyznaje/ nie przyznaje\** pomoc zdrowotną dla wnioskodawcy w formie świadczenia pieniężnego w wysokości ..... (słownie: .....złotych).

2. Uzasadnienie (w przypadku decyzji odmownej): .....

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

.....  
(podpis Starosty Kieleckiego)

\*niepotrzebne skreślić

\*\* do wniosku należy dołączyć:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie, wystawione nie później niż miesiąc przed datą złożenia wniosku, potwierdzającego fakt: istnienia choroby, długotrwałego leczenia specjalistycznego, konieczność zakupu wyrobów medycznych, środków pomocniczych, stosowania sprzętu rehabilitacyjnego.
2. Oryginały imiennych dokumentów potwierdzających poniesione koszty.
3. Zaświadczenie o zatrudnieniu wnioskodawcy w placówce, w której aktualnie jest lub był zatrudniony.