

.....
Pieczętka placówki

Data wpływu do placówki	
Nr ewidencyjny wniosku (wypełnia ZJO)	

WNIOSEK

O PRYZNANIE BEZZWROTNEGO ŚWIADCZENIA POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELA, NAUCZYCIELA EMERYTA, NAUCZYCIELA RENCISTY ORAZ NAUCZYCIELA POBIERAJĄCEGO NAUCZYCIELSKIE ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE

A. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA											
1. DANE OSOBOWE											
Nazwisko											
Imię											
PESEL											
Telefon kontaktowy											
2. ADRES ZAMIESZKANIA											
Ulica					Nr domu			Nr lokalu			
Miejscowość				Kod pocztowy				Poczta			
3. DANE DOTYCZĄCE PRZELEWU											
Nazwisko i imię właściciela konta											
Nr rachunku bankowego											
Łącznie poniesione koszty leczenia zgodne z załączonymi fakturami lub rachunkami (w zł)											

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz.922).

Oświadczam, że załączone faktury lub rachunki potwierdzające poniesione przeze mnie koszty leczenia nie zostały wykorzystane wcześniej do otrzymania jakichkolwiek świadczeń ze środków budżetu Miasta Płocka.

Dodatkowe informacje:

.....
Data

.....
Podpis wnioskodawcy

Do wniosku należy dołączyć:

- oryginalne faktury lub rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia, które nie były wykorzystywane wcześniej do otrzymywania jakichkolwiek świadczeń ze środków budżetu Miasta Płocka,
- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela ¹.

¹ W przypadku, gdy zaświadczenie lekarskie potwierdza chorobę długotrwałą, przewlekłą, nieuleczalną lub wrodzoną zastosowana zostanie ulga od podatku dochodowego od osób fizycznych do wysokości świadczenia 6.000 zł w skali roku. Natomiast w przypadku braku informacji na zaświadczeniu o chorobie długotrwałej, przewlekłej, nieuleczalnej lub wrodzonej od całej przyznanej kwoty świadczenia zostanie potrącony podatek dochodowy. W przypadku braku zaświadczenia – pomoc zdrowotna nie zostanie przyznana.

B. WYPEŁNIA PLACÓWKA	
Status nauczyciela (czynny, emeryt, rencista, pobierający świadczenie kompensacyjne i in.)	
Wymiar zatrudnienia łącznie ²	

Uwagi dyrektora placówki:

Stwierdzam, że Wnioskodawca nie wykorzystał załączonych do wniosku faktur lub rachunków do otrzymania jakiegokolwiek pomocy finansowej ze środków ujętych w planie finansowym placówki³.

.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć dyrektora placówki

² Na podstawie art. 22 ust. 3 i art. 91b ust.1 Karty Nauczyciela pomoc zdrowotna przysługuje nauczycielowi zatrudnionemu w wymiarze co najmniej ½ obowiązującego wymiaru zajęć. Zatrudnienie na podstawie Karty Nauczyciela z kilku szkół sumuje się i potwierdza stosownymi zaświadczeniami. Nie dotyczy nauczycieli emerytów / rencistów / otrzymujących świadczenie kompensacyjne.

³ Na podstawie faktur lub rachunków, które zostały wcześniej wykorzystane do otrzymania jakichkolwiek świadczeń finansowych ze środków budżetu Miasta Płocka, w tym ze środków ZFŚS - pomoc zdrowotna nie zostanie przyznana.