

Zarządzenie Nr 1293/09
Burmistrza Choszczna
z dnia 20 KWIEŹNIA 2009

w sprawie określenia wzoru wniosku o przyznanie świadczenia na pomoc zdrowotną dla nauczycieli

Na podstawie art. 30 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 ze zm.) w związku z §5 uchwały Rady Miejskiej w Choszcznie Nr XXVII/347/2009 z dnia 3 marca 2009r. w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunków i sposobów ich przyznawania, w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Choszczno **zarządzam, co następuje:**

§1. Określam wzór wniosku o przyznanie świadczenia na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, stanowiący załącznik do zarządzenia.

§2. Wykonanie zarządzenia powierza się Dyrektorowi Biura Obsługi Szkół Samorządowych w Choszcznie.

§3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

BURMISTRZ
mgr Robert Adamczyk

Otrzymują:

1. Biuro Obsługi Szkół Samorządowych w Choszcznie
2. Wydział Organizacyjny
3. Rada Miejska

7m
D Y R E K T O R
Biura Obsługi Szkół Samorządowych
mgr Krystyna Wiśniewska-Bugaj

A K C E P T U J Ę
pod względem prawnym

Kotłowski

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA NA POMOC ZDROWOTNĄ
DLA NAUCZYCIELI**

.....
(IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY)

.....
(ADRES ZAMIESZKANIA I NR TELEFONU)

.....
(SZKOŁA, W KTÓREJ WNIOSKODAWCA BYŁ LUB JEST ZATRUDNIONY)

UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU:

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

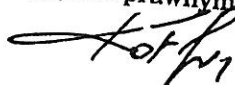
REFUNDACJA OBEJMUJE ZWROT KOSZTÓW LECZENIA W ZWIĄZKU Z:

- 1) przewlekłą chorobą i ciągłym przyjmowaniem leków,
- 2) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,
- 3) leczeniem powypadkowym, wymagającym leczenia specjalistycznego lub konsultacji poza miejscem zamieszkania.

DO WNIOSKU DOŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o czasie trwania choroby (wystawione nie później niż na trzy miesiące przed datą złożenia wniosku),
- 2) imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia ,
- 3) oświadczam, że w/w koszty nie zostały zrefundowane przez inny podmiot tj. NFZ, PFRON.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku przez Biuro Obsługi Szkół Samorządowych w Choszcznie dla potrzeb uzyskania zapomogi zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

A K C E P T U J Ę
pod względem prawnym


.....
(DATA I PODPIS WNIOSKODAWCY)