

Zarządzenie Nr 404/08
Burmistrza Choszczyna
z dnia 01 LUTEGO 2008

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 Choszczynie nr XIII/166/2007 z dnia 27 listopada 2007 w sprawie środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej i określenia rodzajów świadczeń przyznanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobów ich przyznawania, **zarządzam, co następuje:**

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

§2. Wykonanie zarządzenia powierza się Naczelnikowi Wydziału Edukacji, Kultury i Sportu.

§3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

mgr Robert Adamczyk

Otrzymują:

1. Wydział Edukacji, Kultury i Sportu
2. Wydział Organizacyjny
3. Rada Miejska

Naczelnik Wydziału Edukacji,
Kultury i Sportu

mgr Krystyna Winiarska-Długaj

podpisano pod względem formalno-prawnym
RADCA PRAWNY
Mieczysław Kozłowski

WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA NA POMOC ZDROWOTNĄ

.....
(IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY)

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

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

UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU:

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

POMOC DOTYCZY ŚWIADCZENIA:

1. refundacja kosztów zakupu leków,
2. refundacja kosztów dojazdu do lekarza,
3. refundacja kosztów specjalistycznych badań,
4. refundacja kosztów opieki nad chorym w domu,
5. refundacja kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o czasie trwania choroby,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty świadczenia
- 3) oświadczam, że w/w koszty nie zostały zrefundowane przez inny podmiot tj. NFZ, PFRON

.....
(DATA I PODPIS WNIOSKODAWCY)

DECYZJA BURMISTRZA CHOSZCZNA
PRYZNAJĘ POMOC ZDROWOTNĄ W WYSOKOŚCI: ZŁ

Słownie: zł.

.....
(DATA I PODPIS BURMISTRZA)