

Załącznik do Uchwały Nr V/63/2019
RADY POWIATU NAKIELSKIEGO
z dnia 27 marca 2019 r.

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. Imię i nazwisko uprawnionego
2. Adres zamieszkania i nr telefonu
3. Wymiar czasu pracy 4. PESEL
5. Potwierdzenie, że wnioskodawca jest nauczycielem/emerytem/rencistą - ostatnie miejsce pracy przed przejściem na emeryturę lub rentę (podać pełną nazwę szkoły, zespołu szkół lub placówki oświatowej):
.....

.....
(data i podpis dyrektora szkoły/placówki)

6. Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej. Uzasadnienie złożonego wniosku:
.....
.....
.....
.....
.....

7. Rok, w którym poprzednio otrzymano pomoc zdrowotną

W załączeniu przedkładam:

- 1) kartę informacyjną z leczenia szpitalnego/sanatoryjnego*;
- 2) uzasadnienie wniosku potwierdzone przez lekarza na formularzu wniosku/załączone zaświadczenie lekarskie*, z określeniem choroby długotrwałej lub przewlekłej;
- 3) inne dokumenty potwierdzające koszty leczenia:

8. Oświadczenie o dochodzie rocznym netto przypadającym na jednego członka rodziny, dotyczy członków rodziny pozostających, wraz z wnioskodawcą, we wspólnym gospodarstwie domowym.

9. Sposób wypłaty pomocy zdrowotnej: wypłata w kasie Starostwa Powiatowego w Nakle nad Notecią/przelew* (wpisać numer konta bankowego):

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

* niepotrzebne skreślić

10. Potwierdzenie uzasadnienia wniosku przez lekarza (w tym koniecznie określenie czy choroba jest przewlekła/długotrwała, a także konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, aparatury medycznej, noszenia szkieł korekcyjnych, leczenia stomatologicznego ze względów zdrowotnych):

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

.....

(data i podpis, wraz z pieczęcią lekarza)