

Załącznik do Uchwały Nr XLIII/449/2014
Rady Powiatu Nakielskiego
z dnia 29 października 2014 r.

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

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

(data i podpis dyrektora szkoły/placówki)

5. Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej. Uzasadnienie:

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

Oświadczam, że z tej formy pomocy korzystałam/korzystałem* ostatnio w roku

W załączeniu przedkładam:

- 1) wypis ze szpitala - w przypadku leczenia szpitalnego*;
- 2) uzasadnienie wniosku potwierdzone przez lekarza na formularzu wniosku/załączone zaświadczenie lekarskie*
- 3) inne dokumenty potwierdzające koszty leczenia:

6. Oświadczenie o dochodzie rocznym netto przypadającym na jednego członka rodziny.....

7. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby przeprowadzania procedury związanej z przyznaniem pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1182).

.....
(miejscowość, data, podpis wnioskodawcy)

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

.....
9. Potwierdzenie uzasadnienia wniosku przez lekarza (ważne przez 6 miesięcy od daty wystawienia)

U pacjenta stwierdzono (właściwe podkreślić):

- chorobę przewlekłą,

- chorobę długotrwałą,

- dodatkowe uwagi lekarza

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

.....
(data i podpis, wraz z pieczęcią lekarza)

* niepotrzebne skreślić