

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr XI/246/24
Rady Miasta Gdyni
z dnia 27 listopada 2024 r.

PREZYDENT MIASTA GDYNI
al. Marszałka Piłsudskiego 52/54
81-382 Gdynia

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

WNIOSEK WYPEŁNIĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI

1. DANE WNIOSKODAWCY:
1.1. IMIĘ I NAZWISKO:
1.2. PESEL
1.3. ADRES ZAMIESZKANIA
1.4. WNIOSEK DOTYCZY NAUCZYCIELA (zaznaczyć właściwe)
<input type="checkbox"/> CZYNNEGO ZAWODOWO
<input type="checkbox"/> EMERYTA
<input type="checkbox"/> RENCISTY
<input type="checkbox"/> OTRZYMUJĄCEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE
2. OBECNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA WNIOSKODAWCY (CZYNNY ZAWODOWO NAUCZYCIEL):
2.1. NAZWA SZKOŁY:
2.2. ADRES SZKOŁY:
3. OSTATNIE MIEJSCE ZATRUDNIENIA (EMERYT / RENCISTA / NAUCZYCIEL OTRZYMUJĄCY ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE): (emeryci, renciści i otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne wpisują szkołę, w której byli zatrudnieni przed przejściem na to świadczenie lub szkołę, w której jest dokonywany odpis na ZFŚS)
3.1. NAZWA SZKOŁY:
3.2. ADRES SZKOŁY:

4	KOPIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH PONIESIONE WYDATKI NA BADANIA SPECJALISTYCZNE, ZABIEGI, USŁUGI MEDYCZNE, REHABILITACYJNE	
5	KOPIE INNYCH IMIENNYCH DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH INNE WYDATKI – WYMIENIĆ	
..... MIEJSCOWOŚĆ I DATA	 CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY
8. POTWIERDZENIE POPRAWNOŚCI I KOMPLETNOŚCI WNIOSKU:		
<p>Niniejszym potwierdzam, że Pan/Pani:</p> <p>nie posiada uprawnień* / posiada uprawnienia* do korzystania z funduszu zdrowotnego nauczycieli.</p> <p>Poświadczam poprawność i kompletność wniosku.</p>		
.....		
.....		
.....		
.....		
* niepotrzebne skreślić		
..... PIECZĘĆ SZKOŁY	 DATA I PODPIS DYREKTORA

