UCHWAŁA Nr 9/2024

ZARZĄDU POWIATU GRÓJECKIEGO

z dnia 24 stycznia 2024 r.

w sprawie: określenia wzoru wniosku o przyznanie świadczenia z funduszu pomocy zdrowotnej nauczycieli

Na podstawie art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1526 z późn. zm.) oraz § 5 pkt 1 załącznika do Uchwały Nr LXXVIII/466/2023 Rady Powiatu Grójeckiego z dnia 14.12.2023 r. uchwala się, co następuje:

§ 1. Określa się wzór wniosku o przyznanie świadczenia z funduszu pomocy zdrowotnej nauczycieli stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Staroście Grójeckiemu.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

STAROSTA

Krzysztof Ambroziak

Załącznik
do uchwały Nr 9/2024
z dnia 24 stycznia 2024 r.

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

I. Wypełnia nauczyciel

.....

imię i nazwisko

.....

adres zamieszkania, telefon

.....

nauczyciel: czynny, emerytowany, przebywający na rencie, pobierający świadczenie kompensacyjne – wpisać jedną z możliwości

.....

nazwa szkoły/placówki, w której nauczyciel jest/ był zatrudniony

Zakreślić właściwe:

a) Przyznaną pomoc zdrowotną odbiorę osobiście w kasie Starostwa Powiatowego w Grójcu

b) Przyznaną pomoc zdrowotną proszę przekazać na konto:

.....

numer rachunku bankowego, na które ma wpłynąć świadczenie

1. Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Pomocy Zdrowotnej w związku z:*

a) chorobą zawodową lub chorobą przewlekłą, wymagającą np. stałych konsultacji lekarskich, ciągłego przyjmowania leków itp.;
b) wypadkiem, zdarzeniem losowym wskutek którego wymagane jest leczenie specjalistyczne, leczenie sanatoryjne, zakup urządzeń rehabilitacyjnych;
c) długotrwałym leczeniem szpitalnym lub poszpitalnym;
d) pobytem na turnusie rehabilitacyjnym lub leczeniem uzdrowiskowym;
e) koniecznością korzystania z usług z zakresu: okulistyki, protetyki dentystycznej lub stomatologii;
f) zakupem aparatu słuchowego;
g) wydatkiem na zakup wyrobów medycznych, środków pomocniczych, sprzętu i urządzeń rehabilitacyjnych umożliwiających lub ułatwiających proces rehabilitacji leczniczej, przysługującej na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza.

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

2. W załączeniu do wniosku przedkładam:**

.....

.....

.....

.....

....
miejscowość i data podpis wnioskodawcy

3. Oświadczenie o dochodach

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny wyliczony z ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi .....

....
miejscowość i data podpis wnioskodawcy

II. Potwierdzenie zatrudnienia przez dyrektora szkoły/placówki:

.....

.....

....
pieczęć szkoły/placówki data i podpis dyrektora

III. Wypełnia organ przyznający pomoc zdrowotną:

1. Wniosek spełnia/nie spełnia*** wymogi/wymogów*** Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych prowadzonych przez Powiat Grójecki, nauczycieli emerytów, rencistów oraz pobierających nauczycielskie świadczenia kompensacyjne.

Podpis pracownika Edukacji i Zdrowia

.....

2. Świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej:

- zostało przyznane w wysokości .....zł / nie zostało przyznane***

(uzasadnienie).....

.....

.....

Podpis dwóch członków zarządu

1. .....

2. .....

* zakreślić właściwe

** do wniosku należy dołączyć:

a) aktualne zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczeniem specjalistycznym, koniecznością stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, koniecznością zapewnienia choremu opieki;

b) imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesione wydatki wymienione we wniosku wystawione nie wcześniej niż w ciągu dwunastu miesięcy liczonych od dnia złożenia wniosku.

c) inne dokumenty potwierdzające wydatki

***niepotrzebne skreślić

STAROSTA

Krzysztof Ambroziak