

Data wpływu do szkoły	
Nr ewidencyjny wniosku (wypełnia ZJO)	

.....  
Pieczętka szkoły

## WNIOSEK

**O PRYZNANIE BEZZWROTNEGO ŚWIADCZENIA POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELA, NAUCZYCIELA EMERYTA, NAUCZYCIELA RENCYSTY ORAZ NAUCZYCIELA POBIERAJĄCEGO NAUCZYCIELSKIE ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE**

A. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA											
<b>1. DANE OSOBOWE</b>											
Nazwisko											
Imię											
PESEL											
Telefon kontaktowy											
<b>2. ADRES ZAMIESZKANIA</b>											
Ulica				Nr domu		Nr lokalu					
Miejscowość			Kod pocztowy		Poczta						
<b>3. DANE DOTYCZĄCE PRZELEWU</b>											
Nazwisko i imię właściciela konta											
Nr rachunku bankowego											
Łącznie poniesione koszty leczenia w bieżącym roku (w zł)											

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135)

Dodatkowe informacje: .....

.....

.....

.....  
**Data**

.....  
**Podpis wnioskodawcy**

Do wniosku należy dołączyć:

- 1) oryginalne faktury lub rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia, które nie były wykorzystywane wcześniej do otrzymywania jakichkolwiek świadczeń ze środków budżetu Miasta Płocka,
- 2) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> zaświadczenie lekarskie stwierdzające chorobę długotrwałą, przewlekłą, nieuleczalną lub wrodzoną uprawnia do skorzystania z ulgi od podatku dochodowego od osób fizycznych do wysokości świadczenia 2.280 zł w skali roku łącznie ze środków ZFŚS i wnioskowanych świadczeń pomocy zdrowotnej. W przypadku braku zaświadczenia lekarskiego od całej przyznanej kwoty świadczenia zostanie potrącony podatek dochodowy.

**B. WYPEŁNIA SZKOŁA**

Status nauczyciela (czynny, emeryt, rencista, pobierający świadczenie kompensacyjne i in.)	
Wymiar zatrudnienia łącznie <sup>2</sup>	
Wnioskodawca otrzymał pomoc socjalną z ZFŚS w bieżącym roku w związku z długotrwałą chorobą, zdarzeniem losowym, klęską żywiołową lub śmiercią w łącznej kwocie .....zł	

Uwagi dyrektora szkoły: .....

.....

.....

.....

.....  
**Data**

.....  
**Podpis i pieczęć dyrektora szkoły**

---

<sup>2</sup> na podstawie art. 22 ust. 3 i art. 91b ust.1 Karty Nauczyciela pomoc zdrowotna przysługuje nauczycielowi zatrudnionemu w wymiarze co najmniej ½ obowiązującego wymiaru zajęć. Zatrudnienie na podstawie Karty Nauczyciela z kilku szkół sumuje się i potwierdza stosownymi zaświadczeniami. Nie dotyczy nauczycieli emerytów / rencistów / otrzymujących świadczenie kompensacyjne.