**Załącznik nr 1 do Regulaminu gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi**

**na pomoc zdrowotną dla nauczycieli przedszkoli i szkół prowadzonych przez Gminę Miasto Reda.**

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data wpływu wniosku | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE WNIOSKODAWCY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko wnioskodawcy: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
| Nr telefonu / adres e-mail | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce zamieszkania | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE NAUCZYCIELA** *(należy wpisać jeśli inny wnioskodawca)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko wnioskodawcy: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
| Nr telefonu | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce zamieszkania | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wniosek dotyczy  *(właściwe należy zaznaczyć)* | | | | | | | | | | | |  NAUCZYCIELA CZYNNEGO ZAWODOWO   NAUCZYCIELA: EMERYTA/RENCISTY/OTRZYMUJĄCEGO  ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce zatrudnienia / ostatnie miejsce zatrudnienia | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wymiar zatrudnienia | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Potwierdzenie zatrudnienia *(wypełniają tylko nauczyciele czynni zawodowo)* | | | | | | | | | | | | ………………………………  *pieczęć zakładu pracy* | | | | | | | | | | | | | | | | | ………………………………  *podpis dyrektora* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SYTUACJA MATERIALNA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dochody brutto członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym **średnie z trzech miesięcy** poprzedzających złożenie wniosku, przypadających na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodu  *(Przez dochód należy rozumieć wszelkie dochody osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego, zamieszkujących razem i utrzymujących się wspólnie. Do dochodu,*  *wlicza się w szczególności: wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę, wynagrodzenie z tytułu umów o charakterze cywilnoprawnym (np. zlecenia, o dzieło, najmu, dzierżawy itp.), emerytury i renty, zasiłki z ubezpieczenia społecznego, dochody z działalności gospodarczej; dochody z tego tytułu przyjmuje się w wysokości nie niższej niż zadeklarowane przez osoby osiągające te dochody kwoty stanowiące podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, a jeżeli z tytułu tej działalności lub współpracy nie istnieje obowiązek ubezpieczenia społecznego – kwoty nie niższe od najniższej podstawy wymiaru składek obowiązujących osoby ubezpieczone, stypendia, alimenty, zasiłki dla bezrobotnych)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **L.p.** | | | **Nazwisko i imię** | | | | | | | | | | **Stopień pokrewieństwa** | | | | | | | | | **Data urodzenia** | | | | | | | | **Miejsce pracy- nauki** | | | | | | | | **Przeciętna wysokość dochodu w zł** | | | | | | |
| 1. | | |  | | | | | | | | | | Nauczyciel, którego  dotyczy wniosek | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| 2. | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| 3. | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| 4. | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| 5. | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| Łączny dochód w rodzinie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Liczba osób w rodzinie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Średni dochód na osobę w rodzinie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Średni miesięczny dochód na osobę w rodzinie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| *Oświadczam, że znane mi są przepisy Kodeksu Karnego o odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z prawdą.*  …………………………………  *Podpis wnioskodawcy* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **UZASADNIENIE WNIOSKU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………  *Podpis wnioskodawcy* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FORMA ODBIORU ŚWIADCZENIA**  *(właściwe należy zaznaczyć)* | | | | | | | | | | |  Gotówka w oddziale bankowym   Przelew środków na rachunek bankowy o numerze: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DECYZJA KOMISJI DS. POMOCY ZDROWOTNEJ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **WYSOKOŚĆ PRZYZNANEJ POMOCY ZDROWOTNEJ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………  ……………..…………………………………  …………….…………………………………  …………….…………………………………  Data i podpis przewodniczącego i członków Komisji | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

\* niepotrzebne skreślić