**Starosta Wejherowski**

**ul. 3 Maja 4**

**84-200 Wejherowo**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI**

1. Nazwisko i imię nauczyciela....................................................................................................
2. Adres zamieszkania…………………………….……………………………………………. ……………………………..……………………..…………………………………………..
3. Telefon......................................................................................................................................
4. Miejsce pracy (obecnej), dla nauczycieli emerytów, rencistów, pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne ostatnie miejsce pracy ………….………………………………...................................................................................................................................................................................................................................
5. Status nauczyciela (nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista, pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne) ……………………...……….………………………………………………………………

**Zwracam się z prośbą o przyznanie mi świadczenia z funduszu zdrowotnego ze względu na** (uzasadnienie do wniosku):

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

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

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

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

Przyznane świadczenie proszę przekazać na rachunek bankowy (nazwa banku i numer rachunku bankowego):

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

Do wniosku załączam:

• ....................................................................................................................................................

• ....................................................................................................................................................

• ....................................................................................................................................................

• ....................................................................................................................................................

• ....................................................................................................................................................

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

(miejscowość, data) (czytelny podpis nauczyciela)

**Decyzja Starosty Wejherowskiego:**

Po zapoznaniu się z wnioskiem Pani/Pana

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

Przyznaję\* świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej, w wysokości: ……………………….. ..………………………………….…………………………..…………………………………..

(słownie złotych)

Nie przyznaję\* świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej z powodu (uzasadnienie):

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

\* właściwe podkreślić

Wejherowo, dnia ……………..……..

………………………………………….

(podpis Starosty Wejherowskiego)