



# WZORY

**ZAŁĄCZNIKI DO REGULAMINU**

do REGULAMINU UDZIELANIA ZAPOMÓG ZDROWOTNYCH  
DLA NAUCZYCIELI

pieczętka wpływu-sekretariat szkoły:

--

**Dyrektor**  
**Katowickiego Centrum**  
**Edukacji Zawodowej**

.....  
*imię i nazwisko dyrektora*

**WNIOSEK O ZAPOMOGĘ ZDROWOTNĄ NAUCZYCIELA NR.....**

**1. Dane osobowe wnioskodawcy**

Nazwisko:	Imię:
Adres zamieszkania:	
Telefon:	e-mail:

**2. Jako uprawniony nauczyciel /zaznaczyć właściwe □ /**

zatrudniony na min 0,5 etatu,  emeryt,  rencista,  na świadczeniu kompensacyjnym

zwracam się z prośbą o przyznanie zapomogi zdrowotnej przysługującej:

po leczeniu szpitalnym wynoszącym ponad 14 dni,  leczącemu się z powodu przewlekłej choroby związanej z wykonywanym zawodem,  z powodu choroby wymagającej stałej opieki specjalistycznej, po zwolnieniu lekarskim trwającym co najmniej 2 miesiące.

zapomoga zostanie przeznaczona na częściowe pokrycie wydatków poniesionych w związku z:

zakupem leków,  odpłatnością za leczenie uzdrowskowe przysługujące na podstawie skierowania lekarskiego,  zakupem wyrobów medycznych, środków pomocniczych, sprzętu i urządzeń rehabilitacyjnych zgodnie z §6. Ust.3. Regulaminu.

**3. Do wniosku załączam następujące wymagane dokumenty /zaznaczyć właściwe □ /**

imienne faktury poświadczające poniesione wydatki na leczenie zgodnie z §10. ust. 1. Regulaminu.

dokumentację poświadczającą konieczność leczenia z przyczyn przewlekłej choroby związanej z wykonywanym zawodem zgodnie z §10. ust. 2. Regulaminu.

oświadczenie o wysokości miesięcznych dochodów zgodnie z §10. ust.3. Regulaminu.

.....  
.....  
*/dodatkowe uzasadnienie/*

.....  
*/miejsowość, data/*

.....  
*/podpis wnioskodawcy/*

**OPINIA LEKARZA O DŁUGOTERMINOWYM LECZENIU LUB PRZEWLEKŁEJ CHOROBI**

.....  
*/miejsowość, data/*

.....  
*/pieczętka i podpis lekarza/*

*/pieczęć przychodni, poradni, szpitala/*

Wniosek składa się w sekretariacie szkoły do dnia 30 listopada lub listownie  
**UWAGA!! Wydruk dwustronny**

do REGULAMINU UDZIELANIA ZAPOMÓG ZDROWOTNYCH  
DLA NAUCZYCIELI

### OPINIA KOMISJI DO SPRAW PRYZNAWANIA ZAPOMÓG ZDROWOTNYCH

Komisja do spraw zapomóg zdrowotnych przy Katowickim Centrum Edukacji Zawodowej  
w Katowicach na posiedzeniu w dniu .....postanawia zaopiniować

.....  
*/pozytywnie, negatywnie/*

Złożony wniosek NR.....i proponuje przyznać zapomogę zdrowotną w formie  
zasiłku pieniężnego w wysokości .....zł.

Słownie: .....

Uwagi:

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

Podpisy Komisji:

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

.....  
Katowice dn. ....

**DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY**

Po zapoznaniu się z opinią Komisji:

.....  
.....

Katowice dn. ....

.....  
/ pieczętka i podpis dyrektora/

do REGULAMINU UDZIELANIA ZAPOMÓG ZDROWOTNYCH  
DLA NAUCZYCIELI*pieczętka wpływu-sekretariat szkoły:***Dyrektor  
Katowickiego Centrum  
Edukacji Zawodowej**.....  
*imię i nazwisko dyrektora***PROTOKÓŁ KOMISJI  
DO SPRAW PRYZNAWANIA ZAPOMÓG ZDROWOTNYCH**Komisja do spraw zapomóg zdrowotnych przy Katowickim Centrum Edukacji Zawodowej  
w Katowicach na posiedzeniu w dniu .....  
zaopiniowała pozytywnie następujące wnioski:

Lp.	Nr wniosku	Nazwisko i imię wnioskodawcy	Wysokość zapomogi -propozycja komisji

zaopiniowała negatywnie następujące wnioski:

Lp.	Nr wniosku	Nazwisko i imię wnioskodawcy	Powód opinii negatywnej

Podpisy komisji:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Katowice dn. ....