Zarządzenie Nr 94/2024
Burmistrza Miasta i Gminy Młynary
z dnia 18 października 2024 r.

w sprawie określenia wzoru wniosku i oświadczenia przy świadczeniach przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku ustawy o samorządzie gminnym (Dz. U. 2024, poz. 1465) oraz Uchwały Nr XXIV/140/2008 Rady Miejskiej w Młynarach z dnia 19 grudnia 2008 r. w sprawie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. U. Woj. Warmińsko-Mazurskiego Nr 13, poz. 284), zarządza się, co następuje:

§ 1

Określa się wzór wniosku o świadczenia z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli, który stanowi Załącznik Nr 1.

§ 2

Określa się wzór oświadczenia o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela, który stanowi Załącznik Nr 2.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik Nr 1
do Zarządzenia 94/2024
Burmistrza Miasta I Gminy Młynary
z dnia 18 października 2024

Burmistrz Miasta i Gminy Młynary

WNIOSEK
o przyznanie świadczenia z Funduszu Zdrowotnego nauczycieli

WNIOSKODAWCA:

1. Nauczyciel: …….
   (imię i nazwisko / czynny, emerytowany, na rencie – wpisać)
2. Adres: …….

   Nr telefonu: ……

3. Miejsce pracy: ……. Staż pracy: ……
   (należy wpisać obecne, dla emerytów, rencistów – byłe)

4. Nr rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną:

   …….
   (26 cyfr)

5. Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałam/em: ……
   (należy podać rok i wysokość otrzymane pomocy)

UZASADNIENIE WNIOSKU:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM:

1. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające przewlekła bądź przebytą chorobę lub oświadczenie o pobycie w szpitalu.

2. Zestawienie/potwierdzenie poniesionych wydatków poniesionych na cele zdrowotne.

3. ……...

4. ……...

Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu karnego, potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym powyższych danych. Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby przyznania dofinansowania z Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli.

……..
data i podpis

Załącznik Nr 2
do Zarządzenia 94/2024
Burmistrza Miasta I Gminy Młynary
z dnia 18 października 2024

OŚWIADCZENIE

o dochodach netto, zarobkach ze wszystkich źródeł oraz dochodzie netto przypadających na jednego członka gospodarstwa domowego

Imię i nazwisko Wnioskodawcy: …….

Adres zamieszkania: …….

Liczba osób w gospodarstwie domowym: ……

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto w przeliczeniu na jednego członka gospodarstwa domowego z **ostatnich trzech miesięcy** poprzedzających złożenie wniosku wynosi ……. . zł.

Za dochód uważa się wszystkie dochody podlegające opodatkowaniu (min. stosunek pracy, umowa zlecanie lub umowa o dzieło, emerytura, renta, wszelkie zasiłki, dochód z gospodarstwa rolnego, z działalności gospodarczej).

Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu karnego, potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym powyższych danych. Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby przyznania dofinansowania z Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli.

……..
data i podpis