

WNIOSEK
o przyznanie świadczeń zdrowotnych

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy

2. Nazwa szkoły/placówki oświatowej, w której nauczyciel jest*/był* zatrudniony

.....

3. Adres zamieszkania, numer telefonu

.....

4. nauczyciel nauczyciel emeryt, rencista lub pobierający
czynny zawodowo nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

Proszę o udzielenie mi świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli z powodu poniesienia kosztów związanych z (właściwie zaznaczyć X) :

- zakupem leków zleconych przez lekarza związanych z leczeniem choroby przewlekłej
- korzystaniem z konsultacji lekarza specjalisty
- wykonaniem badań diagnostycznych na podstawie skierowania lekarza
- leczeniem uzdrowiskowym na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
- zakupem przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, w tym okularów korekcyjnych lub soczewek kontaktowych na podstawie zlecenia lekarza

W załączeniu do wniosku przedkładam :

1. Oryginał zaświadczenia o stanie zdrowia od właściwego lekarza,
2. Kopie recept lekarskich poświadczonych przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem w przypadku przedstawienia do refundacji kosztów zakupu leków, *
3. Kopię skierowania na badania diagnostyczne poświadczoną przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem w przypadku przedstawienia do refundacji kosztów badań diagnostycznych, *
4. Kopię pisma z Narodowego Funduszu Zdrowia informującego o miejscu i terminie leczenia uzdrowiskowego poświadczoną przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem w przypadku przedstawienia do refundacji kosztów leczenia uzdrowiskowego, *
5. Kopię zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi poświadczoną przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem w przypadku przedstawienia do refundacji kosztów poniesionych na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, *
6. Imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (oryginały faktur/ rachunków /innych dokumentów księgowych),

*niepotrzebne skreślić

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że poniesione koszty nie były finansowane z innych źródeł ani też nie będą odliczone w trybie innych przepisów prawnych. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli - zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)