

**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 w związku z leczeniem choroby przewlekłej
- korzystaniem z konsultacji lekarza specjalisty
- wykonaniem badań diagnostycznych na podstawie skierowania lekarza
- zakupem przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, w tym okularów korekcyjnych i soczewek kontaktowych na podstawie zlecenia lekarza


W załączeniu do wniosku przedkładam :

1. Oryginał zaświadczenia o pozostawaniu pod opieką lekarską od właściwego lekarza lub inny równoważny dokument,
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 poświadczonych przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem w przypadku przedstawienia do refundacji kosztów badań diagnostycznych, \*
4. Kopię zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi poświadczonych przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem w przypadku przedstawienia do refundacji kosztów poniesionych na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, \*
5. Imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (oryginały faktur/ rachunków /innych dokumentów księgowych, potwierdzenia przelewu itp.),

**\*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.**

.....  
( miejscowość, data)

.....  
( podpis wnioskodawcy )