Załącznik nr 1 do *Regulaminu gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnionych w oświatowych jednostkach organizacyjnych Powiatu Buskiego oraz nauczycieli emerytów i rencistów objętych przez te jednostki pomocą socjalną* stanowiącego załącznik do Uchwały nr XIII/102/2007 Rady Powiatu w Busku - Zdroju z dnia 17 grudnia 2007 r. *w sprawie gospodarowania środkami przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli*

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ ZE ŚRODKÓW WYODRĘBNIONYCH W BUDŻECIE POWIATU BUSKIEGO

.....

Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....

Adres zamieszkania, tel.

.....

Nazwa szkoły/placówki, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

Uzasadnienie:

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

Proszę o przyznanie świadczenia na dofinansowanie kosztów*:

a) zakupu leków, sprzętu medycznego lub rehabilitacyjnego,
b) pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej,
c) specjalistycznego leczenia,
d) usług rehabilitacyjnych.

W załączeniu przedkładam:

1) .....,
2) .....,
3) .....,
4) ..... .

.....
data i podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach podczas realizacji procedury związanej z rozpatrywaniem wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....	.....	.....
Miejscowość	Data	Czytelny podpis wnioskodawcy

* - *niepotrzebne skreślić*

Opinia Komisji Zdrowotnej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Proponowana wysokość pomocy finansowej .....

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

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

Rozstrzygnięcie Starosty Buskiego:

Przyznaję świadczenie w wysokości * .....
(kwota)

Odmawiam przyznania pomocy *.

Busko - Zdrój, dn. .....

.....
podpis

* - *niepotrzebne skreślić*