

ZARZĄDZENIE NR 47/2024
BURMISTRZA MIASTA I GMINY JADÓW
z dnia 5 czerwca 2024 r.

w sprawie ustalenia wzoru wniosku o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Jadów

Na podstawie art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2024 r. poz. 609 i 721) oraz § 4 uchwały Nr XIV/482/24 Rady Miasta i Gminy Jadów z dnia 28 lutego 2024 r. zmienionej uchwałą Nr LXIV/496/24 Rady Miasta i Gminy Jadów z dnia 26 kwietnia 2024 r. w sprawie zmiany uchwały Nr XIV/482/24 Rady Miasta i Gminy Jadów z dnia 28 lutego 2024 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Jadów, zarządzam co następuje:

§ 1

Ustalam wzór wniosku o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Jadów stanowiący załącznik do zarządzenia.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr telefonu

Nr rachunku bankowego

Nazwa szkoły/przedszkola, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony
.....

(w przypadku nauczyciela emeryta, rencisty, pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne przedszkole/ szkoła, w której wnioskodawca jest objęty opieką socjalną).

Zakreślić właściwe:

- 1) nauczyciel czynny zawodowo (podać wymiar zatrudnienia).....;
- 2) nauczyciel emeryt/rencista;
- 3) nauczyciel otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) wydatki związane z leczeniem w okresie 12 miesięcy do dnia złożenia wniosku wyniosły.....zł

.....(słownie);

- 2) są udokumentowane posiadanymi fakturami/rachunkami;

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

Zwracam się z prośbą o przyznanie świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

UZASADNIENIE:

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

Do wniosku załączam:

- oświadczenie potwierdzające, że choroba ma charakter przewlekły lub długotrwały.

.....

(miejsce, data, czytelny podpis nauczyciela)

Dyrektor Szkoły potwierdza, iż
wnioskodawca jest zatrudniony, jest nauczycielem po przejściu na emeryturę, rentę lub pobiera
nauczycielskie świadczenie kompensacyjne*.

.....dnia.....

(miejsowość)

.....

(podpis i pieczęć Dyrektora Szkoły)

Decyzja Burmistrza Miasta i Gminy Jadów

Przyznaję świadczenie pieniężne w kwociezł.

Słownie:

.....

(data i podpis Burmistrza Miasta i Gminy Jadów)

*niepotrzebne skreślić