

**Zarząd Województwa Lubelskiego  
ul. Artura Grottgera 4  
20-029 Lublin**

**WNIOSEK  
o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli**

**WNIOSKODAWCA:**

1) Nauczyciel:

.....  
.....

(imię i nazwisko/ nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista, otrzymujący świadczenie kompensacyjne – wpisać )

2) Adres zamieszkania.....

3) Nr telefonu kontaktowego:.....

4) Miejsce pracy: .....

.....  
( obecne/ dla emerytów, rencistów, otrzymujących świadczenie kompensacyjne, w chwili przejścia na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)

5) Wymiar zatrudnienia: .....

6) Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną:

.....  
( 26 cyfr)

7) Środków funduszu zdrowotnego korzystałem/am:

.....  
( należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej)

8) Wnioskowana kwota:.....

**UZASADNIENIE WNIOSKU:**

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

**WYDATKI PONIESIONE NA CELE ZDROWOTNE:**

Zestawienie udokumentowanych wydatków na cele zdrowotne należy podać : kwoty wydatków poniesionych na cele zdrowotne – data/ kwota/ rodzaj wydatku:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam następujące dokumenty potwierdzające uprawnienia i potrzebę przyznania pomocy z funduszu zdrowotnego nauczycieli:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)