Załącznik do
Uchwały Nr XXIX/173/2017
Rady Gminy Turobin
z dnia 30 marca 2017 r.

Wójt Gminy Turobin

WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania i nr telefonu

.....
Szkoła w której wnioskodawca jest zatrudniony lub w przypadku nauczyciela emeryta, rencisty szkoła w której wnioskodawca był zatrudniony

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej w związku z:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
(podać przyczynę ubiegania się o pomoc zdrowotną)

Do wniosku załączono:
.....
.....
.....
.....
.....

Środki finansowe stanowiące pomoc zdrowotną należy przekazać na mój rachunek bankowy
.....
(wpisać numer rachunku)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do procedury związanej z przyznaniem pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 922).

....
(miejscowość i data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

Decyzja Wójta Gminy Turobin

Zgodnie z Uchwałą Nr ... Rady Gminy Turobin z dnia ..... w sprawie określenia rodzaju świadczeń przeznaczonych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Lubelskiego z 2016 r., poz. ...)

1. przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości ..... zł *
(słownie złotych .....)

2. odmawiam przyznania pomocy zdrowotnej*

Uzasadnienie:.....
.....
.....
.....

.....
(Data i podpis)

* Niepotrzebne skreślić.