Załącznik do Zarządzenia nr RO.0050 116.2024

 Wójta Gminy Lubomia z dnia 26.08.2024 r.

*Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………………*

*Miejsce pracy/nr emerytury/ nr nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………………………….*

*Ostatnie przyznane świadczenie, o które występuję otrzymałem/am dnia: …………………………….*

*w wysokości: …………………………………………………………………………………………………………………………..*

**Wniosek**

**o przyznanie zasiłku zdrowotnego dla nauczycieli**

**oraz emerytów i rencistów – byłych nauczycieli**

1. Leczę się: \*

 a) z powodu przewlekłej choroby i jej przebieg jest wyjątkowo ciężki,

 b) korzystam z pomocy leczniczej, specjalistycznej w innej miejscowości,

 c) korzystam ze sprzętu leczniczego lub rehabilitacyjnego.

\* *podkreśl właściwą odpowiedź*

2. Dodatkowe uzasadnienie wniosku:\*\*

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

*\*\* w dodatkowym uzasadnieniu wniosku powinny być zawarte informacje dotyczące dodatkowych kosztów poniesionych przez wnioskodawcę, w związku z przeprowadzeniem leczenia jak i całokształtu okoliczności wpływających na sytuację materialną: choroba przewlekła, konieczność dalszego leczenia w domu, stosowanie diety żywieniowej, wynajęcie opiekunki dla chorego, konieczność ciągłych dojazdów na leczenie, konieczność długotrwałej rehabilitacji, itp.*

W załączeniu przedkładam dokumenty, o których mowa w §7 uchwały nr LII/332/2018 Rady Gminy Lubomia z dnia 14 sierpnia 2018 r. :

1. aktualne (*wydane w okresie nie dłuższym niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku*) zaświadczenie lekarskie potwierdzające stan zdrowia i leczenie nauczyciela,
2. kserokopie faktur lub imiennych rachunków potwierdzające poniesione koszty, o których mowa w §3 w/w Uchwały oraz mające odzwierciedlenie w aktualnym zaświadczeniu lekarskim,
3. oświadczenie nauczyciela o średnim miesięcznym dochodzie brutto z trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadającym na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym\*\*\* z uwzględnieniem wszystkich źródeł dochodu (*podlegających i niepodlegających opodatkowaniu*),
4. aktualne (*wydane w okresie nie dłuższym niż 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku*) zaświadczenie o zarobkach z zakładu pracy lub aktualną decyzję w sprawie przyznania emerytury lub renty.

\*\*\*  *pod pojęciem gospodarstwa domowego rozumie się – zespół osób spokrewnionych lub niespokrewnionych (np. małżonkowie,*

 *partnerzy, dziadkowie, rodzice, dzieci, rodzeństwo, inni członkowie rodziny oraz inne osoby niespokrewnione), które w sposób*

 *ciągły i zamierzony wspólnie zamieszkują i wspólnie ponoszą koszty utrzymania.*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Oświadczam, że wspólne gospodarstwo prowadzi ze mną:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Data urodzenia | Stopień pokrewieństwa\*\*\*\* |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |

\*\*\*\**osoby spokrewnione, t.j.: rodzice, współmałżonek, dzieci własne, przysposobione, przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, dzieci współmałżonka, w wieku do końca roku kalendarzowego, w którym kończą lat 18 albo w przypadku gdy uczą się w szkole lub w szkole wyższej do ukończenia przez nich 25 roku życia i bezterminowo dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością w stopniu znacznym i będące pod opieką nauczyciela ubiegającego się o świadczenie pomocy zdrowotnej.*

W związku z powyższym, wysokość dochodu na członka rodziny pozostającego we wspólnym, moim gospodarstwie domowym wynosi: ………………………………………. zł.

 Przedkładam faktury i rachunki imienne, wystawione nie wcześniej niż rok od daty złożenia przeze mnie ostatniego wniosku o przyznanie mi zasiłku zdrowotnego , na łączną

 kwotę …………………………………………………. zł .

Posiadam konto bankowe w banku ……………………………………………………………………………………….

Nr konta to: ……………………………………………………………………………………………………………………………

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie wyżej informacje są prawdziwe.**

 **……………………………………………..**

(podpis wnioskodawcy)

Opinia Komisji powołanej przez Wójta Gminy Lubomia: …………………………………………………..

Wysokość proponowanej przez Komisję zapomogi: ………………………………………………………… .

Podpisy członków Komisji:

1. ………………………………………………………………………………………. ……………………………………………….

2. ………………………………………………………………………………………. ……………………………………………….

3. ……………………………………………………………………………………….. ………………………………………………

4. ………………………………………………………………………………………… ………………………………………………

5. ………………………………………………………………………………………… ………………………………………………

6. ………………………………………………………………………………………… ………………………………………………

7. ………………………………………………………………………………………… ………………………………………………

8. ………………………………………………………………………………………… ………………………………………………

9. ………………………………………………………………………………………… ………………………………………………