

### Katalog schorzeń i świadczeń

Lp.	Rodzaj schorzenia	Maksymalna wysokość zapomogi
1.	Przewlekła choroba: a) schorzenia nowotworowe b) cukrzyca c) choroby krążenia d) alergie e) inne	do 1000 zł
2.	Długotrwałe leczenie szpitalne połączone z koniecznością dalszego leczenia w domu	do 800 zł
3.	Długotrwałe leczenie specjalistyczne	do 600 zł
4.	Zakup szkieł korekcyjnych	do 300 zł
5.	Protetyka dentystyczna	do 500 zł
6.	Szczepienia ochronne	do 250 zł
<b>Wysokość minimalnej zapomogi 100 zł</b>		

ZWIĄZEK NAUCZYCIELSTWA POLSKIEGO  
Zarząd Oddziału  
Warszawa-Mokotów, Ursynów, Wilanów  
02-644 Warszawa, ul. Odyńca 57  
tel. (22) 844-93-32 NIP 521-31-26-94C

Prezes Oddziału ZNP  
Warszawa-Mokotów, Ursynów, Wilanów

*Wojciech Wozniak*  
Wojciech Wozniak

NSZZ "Solidarność"  
Pracowników Oświaty i Wychowania  
Mokotowa, Ursynowa, Wilanowa i Marck  
ul. Odyńca 57, 02-644 Warszawa  
tel. 22 844 98 46 NIP 521 12 67 837

**PRZEWODNICZĄCA**  
Komisji Międzyzakładowej nr 450  
NSZZ "Solidarność"  
*Wioletta Czyż*  
Wioletta Czyż

*Maria Puchała*  
**DYREKTOR**  
Szkoły Podstawowej nr 167,  
mgr Maria Puchała

## Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....  
*Nauczyciel (imię i nazwisko)*

.....  
*Adres zamieszkania, telefon*

.....  
*Czynny - w wymiarze, emerytowany, przebywający na rencie - wpisać jedną z możliwości*

.....  
*Miejsce pracy - dla emerytów/rencistów byłe miejsce pracy*

**Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego**

Uzasadnienie:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
W załączeniu do wniosku przedkładam:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela
- dokumenty imienne potwierdzające poniesione koszty leczenia
- oświadczenie o dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny
- .....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, w związku z przebiegiem prac związanych z przyznawaniem zapomóg zdrowotnych dla nauczycieli i nauczycieli emerytów i rencistów zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....  
Miejscowość i data

.....  
/Podpis wnioskodawcy/

**Potwierdzenie dyrektora placówki miejsca pracy nauczyciela (dla emerytów/rencistów  
byłego miejsca pracy)**

.....  
/Data, pieczętka i podpis dyrektora/