

**Starosta Wejherowski**  
**ul. 3 Maja 4**  
**84-200 Wejherowo**

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI**

1. Nazwisko i imię nauczyciela.....
2. Adres zamieszkania.....
3. Telefon.....
4. Miejsce pracy (obecnej), dla nauczycieli emerytów, rencistów, pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne ostatnie miejsce pracy.....
5. Status nauczyciela (nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista, pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne).....

**Zwracam się z prośbą o przyznanie mi świadczenia z funduszu zdrowotnego ze względu na (uzasadnienie do wniosku):**

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

Przyznane świadczenie proszę przekazać na rachunek bankowy (nazwa banku i numer rachunku bankowego):

Do wniosku załączam:

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis nauczyciela)

**Decyzja Starosty Wejherowskiego:**

Po zapoznaniu się z wnioskiem Pani/Pana

.....

Przyznaję\* świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej, w wysokości: .....

.....

(słownie złotych)

Nie przyznaję\* świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej z powodu (uzasadnienie):

.....

.....

\* właściwe podkreślić

Wejherowo, dnia .....

.....

(podpis Starosty Wejherowskiego)