

ZARZĄD ODDZIAŁU
ZWIĄZKU NAUCZYCIELSTWA POLSKIEGO
w Sosnowcu

Sosnowiec, dnia

Wniosek o udzielenie zapomogi zdrowotnej*

1. Nazwisko i imię rok urodzenia.....
2. Nazwa szkoły , placówki.....stanowisko.....
3. Adres zamieszkania.....telefon.....
4. Od kiedy należy do ZNP.....nr leg.....
5. Wysokość dochodów brutto(oświadczenie) wnioskodawcy.....
(słownie.....)
6. Nazwa zakładu pracy współmałżonka.....
7. Wysokość dochodów brutto współmałżonka (oświadczenie).....
(słownie.....)

.....
(podpis wnioskodawcy) (podpis współmałżonka)

8. Ilość i wiek dzieci na wyłącznym utrzymaniu.....
9. Dochód na jednego członka rodziny (brutto).....
10. Pomoc ze strony ZNP na przestrzeni ostatnich 3 lat – należy podać datę
.....

11. Uzasadnienie wniosku:

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

13.Załączniki: faktury potwierdzające wydatki na leki i rehabilitację , wypisy ze szpitala itp.

- a).....
- b)
- c)
- d)

ZARZĄD ODDZIAŁU
ZWIĄZKU NAUCZYCIELSTWA POLSKIEGO
w Sosnowcu

14. Przyznaną kwotę z tytułu zapomogi bezzwrotnej proszę przelać na moje konto osobiste:

..... nr konta.....

(nazwa banku)

15. Opinia Zarządu Ogniska ZNP: proszę uwzględnić pomoc udzieloną z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych/ Funduszu Zdrowotnego w placówce w ostatnim okresie 2 lat

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

.....
(podpis Prezesa Ogniska)

16. Uchwałą Nr.....Prezydium Oddziału ZNP w Sosnowcu z dnia
..... przyznano zapomogę zdrowotną w kwocie
.....(słownie.....)

Nie przyznano zapomogi z powodu:

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

Zwrócono wniosek do uzupełnienia z powodu:

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

Podpisy członków

Komisji Zdrowotnej

1.
2.
3.
4.

Sosnowiec, dnia

.....

(podpis osoby odpowiedzialnej za przelew)

ZARZĄD ODDZIAŁU
ZWIĄZKU NAUCZYCIELSTWA POLSKIEGO
w Sosnowcu

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany.....

Pesel:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora, Związek Nauczycielstwa Polskiego, z siedzibą w Warszawie, ul. Smulikowskiego 6/8, w celu przeprowadzenia postępowania związanego z przyznaniem zapomogi. Zgoda na przetwarzanie obejmuje także zgodę na przetwarzanie danych wrażliwych dotyczących zdrowia.

Zgodę na przetwarzanie moich danych mogę wycofać w każdym momencie, bez konieczności podania przyczyny jej wycofania. Wycofanie zgody na przetwarzanie wymaga formy pisemnej.

Zgoda przeze mnie udzielona jest zgodą dobrowolną – nikt nie może zmusić mnie do jej wyrażenia, jednakże brak zgody na przetwarzanie może skutkować odmową udzielenia mi zapomogi.

Miejscowość, data

Podpis

*Należy uzupełnić wszystkie rubryki wniosku lub wpisać sformułowanie : „nie dotyczy”