

WNIOSEK DLA RODZINY PRACOWNIKA/EMERYTA/RENCISTY/OSOBY UPRAWNIONEJ O PRYZNANIE ZAPOMOGI W ZWIĄZKU Z DŁUGOTRWĄŁĄ CHOROBA

1. Dane wnioskodawcy

| | |
|----------------------------|--|
| imię i nazwisko | |
| jednostka organizacyjna | |
| adres zamieszkania | |
| telefon kontaktowy | |

2. Cel dofinansowania

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> leczenie szpitalne | <input type="checkbox"/> zabieg operacyjny | <input type="checkbox"/> okulary | <input type="checkbox"/> środki opatrunkowe |
| <input type="checkbox"/> leczenie sanatoryjne | <input type="checkbox"/> rehabilitacja | <input type="checkbox"/> leki | <input type="checkbox"/> sprzęt do rehabilitacji |
| <input type="checkbox"/> leczenie uzdrowiskowe | <input type="checkbox"/> badania | <input type="checkbox"/> inhalator | <input type="checkbox"/> aparat słuchowy |
| <input type="checkbox"/> leczenie stomatologiczne | <input type="checkbox"/> wizyty lekarskie | <input type="checkbox"/> ciśnieniomierz | <input type="checkbox"/> inne (proszę wpisać) |
| <input type="checkbox"/> zapewnienie opieki w domu osobie niepełnosprawnej | | | |

3. Dołączone dokumenty

- kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub zaświadczenia lekarskiego o długotrwałej lub przewlekłej chorobie lub kopia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, w której wskazana jest informacja o długotrwałej lub przewlekłej chorobie
- dokumenty potwierdzające ponoszone wydatki – w szczególności rachunki za leki oraz leczenie
- zaświadczenie lekarskie potwierdzające, że osoba niepełnosprawna wymaga opieki
- kopia decyzji z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej o przyznaniu pomocy w formie usług opiekuńczych w określonym terminie lub oświadczenie osoby prywatnej o sprawowaniu opieki, gdy sprawuje ona opiekę nad osobą niepełnosprawną

4. Dodatkowe informacje

Łączne opłaty mieszkaniowe z ostatniego miesiąca (czynsz, prąd, gaz, woda, itp.) zł

Prowadzę jednoosobowe gospodarstwo * tak nie

*niepotrzebne skreślić

Mieszkam z rodziną * tak nie

5. Sposób przekazania pieniędzy (dotyczy emerytów, rencistów)

| | |
|---------------|--|
| konto bankowe | |
| pocztą | |

6. Oświadczenia

- Powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym i ponoszę za nie pełną odpowiedzialność.
- Zgadzam się, aby Uniwersytet Wrocławski przetwarzał moje dane osobowe, w tym dane o stanie zdrowia, w celu i zakresie objętym Regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.
- Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości poniższe informacje:
 - administrator moich danych to Uniwersytet Wrocławski (pl. Uniwersytecki 1, 50-137 Wrocław),
 - administrator będzie przetwarzać przekazane dane wyłącznie, aby realizować sprawy objęte Regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych,
 - administrator nie będzie przekazywać danych innym podmiotom,
 - podaję dane dobrowolnie – jednak bez nich nie będzie można rozpatrzyć wniosku,
 - mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania oraz prawo żądania zaprzestania przetwarzania tych danych ze względu na szczególną sytuację.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

