

**WNIOSEK**  
**o refundację kosztów zakupu**  
**okularów korygujących wzrok lub szkieł kontaktowych**

Proszę o zwrot kosztów zakupu okularów korygujących wzrok / szkieł kontaktowych\* poniesionych w związku ze stwierdzeniem przez lekarza w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej konieczności wykonywania w nich pracy na stanowisku wyposażonym w monitor ekranowy.

**I. Dane dotyczące pracownika**

1. Imię i nazwisko .....
2. Stanowisko .....
3. Do wniosku załączam fakturę nr ..... z dnia .....  
wystawioną na pracownika oraz zaświadczenie lekarskie o konieczności używania okularów korygujących wzrok / szkieł kontaktowych\*.

.....  
(data i podpis pracownika)

Stwierdzam, że Pani/Pan ..... w ramach realizacji obowiązków służbowych użytkuje / nie użytkuje\* w czasie pracy monitor ekranowy co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy.

.....  
(data i podpis bezpośredniego przełożonego)

**II. Wnioski pracownika**

Stwierdzam, że zaświadczenie lekarskie z dnia..... potwierdzające możliwość podjęcia przez pracownika pracy na danym stanowisku zawiera / nie zawiera\* zalecenie wykonywania pracy w okularach korekcyjnych / szklach kontaktowych\*.

W/w osoba spełnia / nie spełnia\* warunki do pokrycia kosztów zakupu okularów / szkieł kontaktowych\* na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 1 grudnia 1998 roku w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe (Dz. U. Nr 148 poz. 973 z póź.zm.), Rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 18 października 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie BHP na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe Poz.2367, w wysokości do **800,00** złotych brutto zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Lubuczewie Nr 19/2023 z dnia 16 listopada 2023 r.

.....  
(data i podpis specjalisty)

**III. Decyzja pracodawcy:**

Akceptuję/ nie akceptuję\* przedłożony wniosek

.....  
(data i podpis pracodawcy)

\* niewłaściwe skreślić