

Dominowo, dnia.....

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy.....

Status nauczyciela (nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista).....

Nazwa szkoły, w której nauczyciel był lub jest
zatrudniony.....

Dane pełnomocnika upoważnionego do złożenia wniosku*:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy.....

**wypełnić w przypadku, gdy wniosek składa pełnomocnik upoważniony do złożenia wniosku*

Uzasadnienie:

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

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

(uzasadnienie powinno zawierać m.in. informacje dotyczące poniesionych przez nauczyciela kosztów korzystania z opieki zdrowotnej, w szczególności specjalistycznych usług medycznych, zakupu lekarstw, sprzętu medycznego lub ortopedycznego, rehabilitacji zdrowotnej, korzystania z lecznictwa uzdrowiskowego)

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela,
2. dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (np. oryginały faktur, rachunków),
3. pełnomocnictwo w przypadku wystąpienia okoliczności złożenia wniosku przez pełnomocnika,
4. inne dokumenty uzasadniające przyznanie zapomogi dla nauczyciela tj;

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

OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela

a) Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)

b) Oświadczenie o dochodach

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny z roku poprzedzającego złożenie wniosku, wyliczony na podstawie zeznania rocznego wynosi.....

2. Oświadczam, że koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia nie były refundowane z innych źródeł.

3. W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej w formie zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli proszę o przelanie środków na:

Konto osobiste nr:.....

Nazwa banku:

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jednocześnie zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), Dz.U.UE.L.2016.119.1 (dalej: RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w związku z przyznawaniem pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i nauczycieli emerytów i rencistów jest Urząd Gminy w Dominowie reprezentowany przez Wójta, Centralna 7, 63-012 Dominowo, email: urząd@dominowo.pl, tel.: +48 612859213.
2. Wójt wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować w sprawach ochrony Pani/Pana danych i realizacji praw z tym związanych, pisemnie na adres urzędu lub pocztą elektroniczną na adres e-mail od24@wp.pl
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celach wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, w tym w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, organizacji wypłaty świadczeń, dokumentowania procesu rozpatrywania wniosku i wypłaty świadczeń, kontroli nad wydatkowaniem środków, ochrony praw i realizacji roszczeń oraz w celach archiwalnych.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO i jest niezbędne dla wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, które wynikają z art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r. poz. 2215 ze zmianami).
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których tu mowa odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być :
 - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
 - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów zawartych z administratorem (w tym podmioty informatyczne, obsługa prawna),
 - c) wskazany przez Panią/Pana bank w związku z realizacją płatności.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych wyżej celów nie dłuższy niż do rozpatrzenia wniosku i wypłaty świadczenia oraz czasu przechowywania na podstawie odrębnych przepisów prawa archiwizacyjnego.

7. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania w przypadkach określonych w art. 18 RODO.
8. W związku ubieganiem się o przyznanie pomocy zdrowotnej i wypłatą świadczeń Pani /Pana dane osobowe nie będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) lub f) RODO, zatem prawo do wniesienia sprzeciwu na podstawie art. 21 RODO nie będzie mogło być zrealizowane; podobnie ze względu na to, że podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, a dane nie będą przetwarzane wyłącznie automatycznie nie będzie mogło być zrealizowane prawo do przenoszenia danych na podstawie art. 20 RODO.
9. Pani/Pana dane nie będą profilowane, ani nie będą przetwarzane wyłącznie automatycznie, żadna decyzja nie będzie podejmowana automatycznie.
Pani/Pana dane nie będą przekazywane za granicę ani do organizacji międzynarodowych.
10. Jeśli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa, ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych, ul. Stawki 2, Warszawa, z tym że prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.
11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale bez nich nie jest możliwe ani rozpatrzenie wniosku, ani wypłata świadczenia, dlatego w przypadku ich niepodania wniosek nie będzie rozpatrzony.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)