

(imię i nazwisko wnioskodawcy)	(miejscowość)	, dnia (data)
(ulica, nr domu, nr mieszkania)		
(kod pocztowy, miejscowość)		
(nr telefonu kontaktowego)		
(Nazwa placówki, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony i stanowisko)		

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

Na podstawie Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli stanowiącego załącznik do uchwały Nr 282/XXVI/2021 Rady Miejskiej w Woźnikach z dnia 29 września 2021 r. w sprawie ustalenia Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli (Dz. Urz. Woj. Śl. z 2021 r., poz. 6397) zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej.¹

UZASADNIENIE

W załączeniu do wniosku przedkładam :

- 1) oryginał aktualnego zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego stan zdrowia i leczenia nauczyciela,
- 2) oryginały (do wglądu) lub potwierdzone za zgodność z oryginałem imienne rachunki lub faktury potwierdzające poniesione koszty, o których mowa w § 5 Regulaminu,
- 3) oświadczenie nauczyciela o średnim miesięcznym dochodzie brutto z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadającym na członka rodziny pozostającego z nim we wspólnym gospodarstwie domowym z uwzględnieniem wszystkich źródeł przychodu.

Przyznaną pomoc zdrowotną proszę przekazać na konto:

RACHUNEK BANKOWY DLA WYPŁATY POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

Nr rachunku bankowego:

¹ Zgodnie z § 6 ust. 4 Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli stanowiącego załącznik do uchwały Nr 282/XXVI/2021 Rady Miejskiej w Woźnikach z dnia 29 września 2021 r. w sprawie ustalenia Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli (Dz. Urz. Woj. Śl. z 2021 r., poz. 6397) **wniosek może dotyczyć udzielania pomocy zdrowotnej za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.**

Dane właściciela rachunku bankowego:

imie

nazwisko

Adres zamieszkania właściciela rachunku bankowego:

kod pocztowy

miejsowość

ulica

nr domu

nr lokalu

--

Zgodnie z art. 13 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), zwanym w dalszej części RODO, informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

- 1) administratorem danych osobowych zawartych we wniosku i załącznikach jest Zespół Ekonomiczno-Administracyjny Szkół Miasta i Gminy Woźniki, tel. 34/ 3573076;
- 2) w celu uzyskania informacji dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych proszę kontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych: bswierzy@gmail.com,
- 1) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu ustalenia przysługującego prawa do pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r., poz. 2215, z późn. zm.), Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli stanowiącego załącznik do uchwały 282/XXVI/2021 Rady Miejskiej w Woźnikach z dnia 29 września 2021 r. w sprawie ustalenia Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli (Dz. Urz. Woj. Śl. z 2021 r., poz. 6397);
- 3) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
- 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną planowo przez okres 5 lat od zakończenia realizacji zadania;
- 5) posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie;
- 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Głównego Inspektora Ochrony Danych Osobowych / Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- 7) podanie danych objętych formularzem jest wymogiem ustawowym, ich nie podanie skutkuje brakiem danych niezbędnych do ustalenia przysługującego prawa do pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

--

(czytelny podpis wnioskodawcy)

W trosce o Pana/Pani dane osobowe, prosimy by wniosek wraz z załącznikami został złożony w zamkniętej kopercie z podanym na kopercie imieniem i nazwiskiem wnioskodawcy, adresem zwrotnym oraz dopiskiem „Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli”.

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

(kod pocztowy, miejscowość)

(miejscowość)

, dnia

(data)

OŚWIADCZENIE NAUCZYCIELA

O ŚREDNIM MIESIĘCZNYM DOCHODZIE PRZYPADAJĄCYM NA CZŁONKA RODZINY

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadający na jednego członka mojej rodziny pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym z uwzględnieniem wszystkich źródeł przychodu wyniósł: zł
(słownie: złotych/100).

Prawdziwość w/w danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

(czytelny podpis wnioskodawcy)