

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

| DANE WNIOSKODAWCY                                       |                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię i nazwisko wnioskodawcy:                           |                                                                                                   |
| Nr telefonu                                             |                                                                                                   |
| Miejsce zamieszkania                                    |                                                                                                   |
|                                                         |                                                                                                   |
| Wniosek dotyczy<br><i>(właściwe należy zaznaczyć X)</i> | <input type="checkbox"/> NAUCZYCIEL CZYNNY ZAWODOWO<br><input type="checkbox"/> NAUCZYCIEL EMERYT |
| Miejsce zatrudnienia/<br>ostatnie miejsce zatrudnienia  |                                                                                                   |
| Wymiar zatrudnienia                                     |                                                                                                   |
| SYTUACJA MATERIALNA                                     |                                                                                                   |

| Lp.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nazwisko i imię<br>(członków współtworzących gospodarstwo domowe) | Stopień pokrewieństwa         | Wiek | Wysokość dochodu w zł (netto) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------|-------------------------------|
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   | Osoba, której dotyczy wniosek |      |                               |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                               |      |                               |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                               |      |                               |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                               |      |                               |
| 5.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                               |      |                               |
| 6.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                               |      |                               |
| Miesięczna wysokość dochodu wnioskodawcy w przeliczeniu na członka rodziny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                   |                               |      |                               |
| <p>Dochody osoby, której dotyczy wniosek oraz członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym średnie z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadających na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodu. <u>Przez dochód należy rozumieć wszelkie dochody osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego, zamieszkujących razem i utrzymujących się wspólnie.</u> Do dochodu, wlicza się w szczególności: wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę, wynagrodzenie z tytułu umów o charakterze cywilnoprawnym (np. zlecenia, o dzieło, najmu, dzierżawy itp.), emerytury i renty, zasiłki z ubezpieczenia społecznego, dochody z działalności gospodarczej.</p> |                                                                   |                               |      |                               |

[illegible]

|    |                                                                                                                                                                                         |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Zaświadczenie/a o zarobkach ( <u>netto</u> ) osiągniętych w ostatnich 3 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku osoby ubiegającej się o świadczenie oraz osób współzamieszkujących. |
| 2. | Aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające <u>długotrwałą lub przewlekłą chorobę</u> .                                                                                             |
| 3. | Oryginalne dokumenty – faktury imienne, potwierdzające poniesione koszty leczenia zgodne z dołączonym zaświadczeniem lekarskim/szpitalnym.                                              |
| 4. | Inne dokumenty uzasadniające potrzebę przyznania pomocy zdrowotnej.                                                                                                                     |
| 5. |                                                                                                                                                                                         |

Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie wypłaty środków przeznaczonych na pomoc zdrowotną z Funduszu Zdrowotnego za pośrednictwem rachunku oszczędnościowo – rozliczeniowego nr:

[illegible]

Imię i nazwisko właściciela rachunku:

Oświadczam, że znane mi są przepisy Kodeksu Karnego o odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z prawdą.

(podpis wnioskodawcy)

## **Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z gospodarowaniem środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.**

Realizując obowiązek, wynikający z art. 13 ust. 1 i 2 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 (dalej: RODO), informujemy:

- 1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Zespół Ekonomiczno-Administracyjny Szkół z siedzibą: ul. Dworcowa 6, 39-215 Czarna, tel. 146761929.**
- 2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez adres e-mail: [progress.majewski@gmail.com](mailto:progress.majewski@gmail.com)**

Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów tj. 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 jak również inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których jest on Administratorem.

### **3. Cel przetwarzania danych**

Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji uprawnień do uzyskania pomocy w ramach środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli realizowanej przez administratora.

### **4. Podstawa prawna przetwarzania danych**

Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. C) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, określonego w art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela i w uchwale Rady Gminy Czarna w sprawie środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

### **5. Informacje dodatkowe**

1) Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do Państwa danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania.

2) Dane osobowe będą przechowywane przez okres ubiegania się o konkretne świadczenie oraz czas niezbędny do ustalenia prawa do świadczenia i realizacji tego prawa oraz wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

3) Dane udostępnione przez Pana/Panią mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany lecz nie będą profilowane.

4) Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem, przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana – narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.

5) Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne w celu skorzystania ze świadczenia wskazanego we wniosku, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia świadczenia.

Zapoznałem(-am.) się z treścią klauzuli informacyjnej:

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Decyzją Komisji do Spraw Funduszu Zdrowotnego dla Nauczycieli postanowiono w dniu .....  
przyznać/nie przyznać pomoc zdrowotną w wysokości zł .....  
słownie:.....

**Podpis przewodniczącego i członków Komisji**

.....

.....

.....