

Burmistrz Miasta Świeradów-Zdrój
ul. 11 Listopada 35
59-850 Świeradów-Zdrój

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. WNIOSKODAWCA:

- 1) Imię i Nazwisko
- 2) Adres zamieszkania
- 3) Telefon kontaktowy

2. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA:

- 1) Szkoła, w której ubiegający się o pomoc nauczyciel JEST lub BYŁ zatrudniony:
.....
- 2) wymiar etatu (wypełnia nauczyciel czynny zawodowo) wynosi:
- 3) Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku*
 - a) czynny zawodowo
 - b) rencista/emeryt
 - c) nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

3. UZASADNIENIE WNIOSKU:

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli z powodu (należy wskazać przyczynę ubiegania się świadczenie):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:

- 1) oryginał zaświadczenia lekarskiego potwierdzający fakt istnienia choroby i okres jej trwania, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku / kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności*;
- 2) oryginały dokumentów wystawionych imiennie na nauczyciela (tj. rachunki lub faktury VAT) potwierdzających poniesienie kosztów leczenia lub zakupów pomocniczych za okres 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku;
- 3) klauzulę informacyjną;
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie):
.....

5. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO DO PRZEKAZANIA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO:

Nazwa banku:

Nr rachunku:

6. ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU ZDROWOTNEGO KORZYSTAŁAM/EM

.....
(należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej)

7. OŚWIADCZENIA:

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

Oświadczam, że w momencie przejścia na emeryturę byłam/em zatrudniona/y w szkole w wymiarze nie mniejszym niż połowa etatu.* (wypełniają wyłącznie nauczyciele emeryci, pozostali wnioskodawcy skreślają)

.....
data i czytelny podpis nauczyciela

* niepotrzebne skreślić

8. POTWIERDZENIE ZATRUDNIENIA (WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY / JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA)

Dyrektor (nazwa szkoły, zespołu, placówki)

zaświadcza, że Pan / Pani
.....

jest zatrudniony/a w tutejszej szkole w wymiarze czasu pracyetatu, tj. godzin tygodniowo*.

jest nauczycielem emerytem, rencistą lub nauczycielem otrzymującym świadczenie kompensacyjne objęty/a w tej szkole pomocą socjalną*.

Poświadcza się, że dane zawarte w pkt. 2 są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
pieczęć szkoły

.....
data, pieczęć i czytelny podpis dyrektora szkoły

DECYZJA BURMISTRZA MIASTA ŚWIERADÓW-ZDRÓJ:

Przyznaję pomoc zdrowotną* w wysokości zł

(słownie złotych:)

Nie przyznaje pomocy zdrowotnej* (wymaga uzasadnienia)

.....
data i czytelny podpis Burmistrza

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE NAUCZYCIELA O DOCHODACH

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym z ostatnich 3-miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku (wliczając dochód nauczyciela) wynosi zł (słownie:)

Potwierdzam prawdziwość danych własnoręcznym podpisem:

.....

data i czytelny podpis nauczyciela

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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. U. UE. L. 2016, nr 119, s. 1), zwanego dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/a danych osobowych jest Gmina Miejska Świeradów-Zdrój z siedzibą w Świeradowie-Zdroju, ul. 11 Listopada 35, 59-850 Świeradów-Zdrój, reprezentowana przez Burmistrza Miasta Świeradów-Zdrój.
2. W sprawach związanych z Pani/a danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych e-mail: iod@swieradowzdroj.pl.
3. Pani/a dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji obowiązków związanych z przyznaniem świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, nauczycieli emerytów, nauczycieli rencistów, nauczycieli pobierających świadczenie kompensacyjne, nauczycieli w stanie nieczynnym szkół i przedszkoli prowadzonych przez Gminę Miejską Świeradów-Zdrój na podstawie ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela.
4. Odbiorcą Pani/a danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pana/i dane osobowe będą przechowywane zgodnie z przepisami prawa przez okres 5 lat.
6. Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
7. Ma Pan/i prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).
8. Podanie przez Pana/ią danych osobowych jest dobrowolne, lecz bez nich nie jest możliwe ani rozpatrzenie wniosku, ani wypłata świadczenia, dlatego w przypadku ich nie podania wniosek nie będzie rozpatrzony. Podanie numeru telefonu jest dobrowolne – jego niepodanie nie wpłynie na rozpatrzenie wniosku, a będzie służyło ułatwieniu kontaktu.