

Szczytno, dn.

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 3
w Szczytnie**

***Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej
na podstawie art. 72 ust. 1 i 4 Karty Nauczyciela***

Imię i nazwisko, nauczyciel czynny* / nauczyciel emeryt* / nauczyciel rencista*

.....

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego

Uzasadnienie:

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

Do wniosku przedkładam:

1. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające przewlekłą chorobę/ konieczność długotrwałego leczenia.
2. Oryginały imiennych faktur do wglądu, spisane w załączniku nr 1 do wniosku.
3. Oświadczenie o dochodach wszystkich osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

.....

/data i podpis wnioskodawcy/

Oświadczenie:

1. Ilość osób zamieszkujących i pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym
2. Łączne dochody brutto wszystkich osób zamieszkujących i pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku wynosiłyzł., co w przeliczeniu na 1 osobę w rodzinie stanowi zł miesięcznie.

Potwierdzam prawidłowość danych własnoręcznym podpisem. Znane mi są przepisy Uchwały Nr VII/81/07 Rady Miejskiej w Szczytnie z dnia 29 sierpnia 2007 r. w sprawie „Regulaminu gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół i przedszkoli prowadzonych przez Miasto Szczytno”.

Świadomy/a jestem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (Art.233 KK).

.....

/data i podpis wnioskodawcy/

Uwaga

„Dochody brutto” należy podać wszystkie źródła dochodu (pobory, emeryturę, rentę, zasiłek pielęgnacyjny, alimenty, inne). Średni miesięczny dochód brutto przypadający na osobę w rodzinie oblicza się:

$$\text{Średni dochód na miesiąc} = \frac{\text{kwota dochodu z trzech ostatnich miesięcy wszystkich członków rodziny}}{3 \text{ (liczba miesięcy za które został przyjęty dochód)} \times \text{liczba osób uprawnionych w rodzinie}}$$

Decyzja pracodawcy uzgodniona z zakładowymi organizacjami związkowymi:

- przyznano dofinansowanie w wysokości zł *;
- wniosek załatwiono odmownie *

Podpisy osób podejmujących decyzję / komisja:

1.
2.
3.
4.
5.

Szczytno, dn.....

*niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 1 do wniosku
o przyznanie pomocy zdrowotnej
na podstawie art. 72 ust. 1 i 4 KN*

[illegible]

*Załącznik nr 1 do wniosku
o przyznanie pomocy zdrowotnej
na podstawie art. 72 ust. 1 i 4 KN*

<i>L. p.</i>	<i>Nr faktury i data wystawienia</i>	<i>Kwota</i>
Razem:		

Wnioskodawca zobowiązany jest do okazania do wglądu w/w faktur pracownikowi przyjmującemu wniosek oraz do przechowywania ich przez okres 5 lat od daty złożenia wniosku.

/data i podpis wnioskodawcy/

Potwierdzam weryfikację przedłożonych faktur

/podpis pracownika przyjmującego wypełniony załącznik/

Klauzula informacyjna RODO

Na podstawie art. 13 ust.1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.U.U.E.L.2016.119-RODO), w związku z ustawą z 7 lipca 2023 r. o wsparciu rozwoju kompetencji cyfrowych uczniów i nauczycieli (Dz. U. Z 2023 r. poz. 1369) – art. 7 ust. 3, art. 8 ust. 1 informuję że:

1. Administratorem danych osobowych jest Szkoła Podstawowa nr 3 im. Marii Skłodowskiej-Curie z siedzibą: 12-100 Szczytno ul. Marii Curie-Skłodowskiej 2.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych- kontakt: iod@sp3.miastoszcztytno.pl lub tel. (089) 6760960.
3. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie obowiązujących przepisów prawa i w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art.6 ust.1 lit. c RODO), wynika to bezpośrednio z ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela oraz Uchwały Nr VII/81/07 Rady Miejskiej w Szczytnie z dnia 29 sierpnia 2007 r. w sprawie „Regulaminu gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół i przedszkoli prowadzonych przez Miasto Szczytno”. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celach: rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, organizacji wypłaty świadczeń, dokumentowanie procesu rozpatrywania wniosku i wypłaty świadczeń, kontroli nad wydatkowaniem środków, ochrony praw i realizacji roszczeń. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe. Jeśli Pani/Pan tego nie zrobi, nie będziemy mogli zrealizować Pana/Pani sprawy.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu, o którym mowa w pkt. 3 odbiorcami przekazanych Administratorowi danych osobowych mogą być wyłącznie podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej w zakresie i celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
5. Przekazane Administratorowi dane osobowe będą przechowywane przez czas wymagany przepisami prawa, tj. przez okres niezbędny do realizacji celu nie dłuższy niż do rozpatrzenia wniosku i wypłaty świadczenia. Potem, zgodnie z przepisami, dokumenty trafią do archiwum zakładowego.
6. W związku z przetwarzaniem przekazanych danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia: prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania lub przenoszenia danych.
7. W przypadku nieprawidłowości przy przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.

Potwierdzam zapoznanie się powyższą informacją

.....
data i podpis