

Szczytno, dn.

**Dyrektor Sportowej Szkoły
Podstawowej nr 4 im. Polskich Olimpijczyków
w Szczytnie**

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

.....
Nazwisko i imię nauczyciela czynnego/nauczyciela emeryta/nauczyciela rencistę*

.....
Adres zamieszkania, telefon kontaktowy

.....
Miejsce pracy – dla emerytów i rencistów byłe miejsce pracy

**Zwracam się z prośbą o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej z
Funduszu Zdrowotnego:**

Uzasadnienie:

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

W załączeniu przedkładam:

- 1) Aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające przewlekłą chorobę/konieczność długotrwałego leczenia.
- 2) Oświadczenie o dochodach wszystkich osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.
- 3) Imienne faktury bądź rachunki, potwierdzające poniesione wydatki na leczenie do wglądu.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Zgodnie 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 (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Sportowa Szkoła Podstawowa nr 4 im. Polskich Olimpijczyków , przy ul. Lanca 1 12-100 Szczytno. Może się Pani/Pan z nami skontaktować pod numerem telefonu 89 67 608 53 lub adresem e-mail: sekretariat@ssp4.miastoszcztyno.pll
- 2) Może się Pani/Pan skontaktować z naszym Inspektorem danych osobowych pod numerem 89 67 608 50 bądź adresem e-mail: sekretariat@ssp4.miastoszcztyno.pll
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO co jest niezbędne dla wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, które wynikają z art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela.
- 4) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych powyżej celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowych.
- 6) Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione Organom Państwowym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom współpracującym z administratorem w zakresie obsługi administracyjnej, informatycznej oraz innym w celu realizacji zadań nałożonych na Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
- 7) Ma Pani/Pan prawo do:
 - a. żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
 - b. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych osobowych,
 - c. przenoszenia swoich danych osobowych,
 - d. wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 8) Podanie danych osobowych wynikających z przepisu prawa jest wymogiem ustawowym, koniecznym do wykonania obowiązków Administratora.
- 9) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

.....
(imię i nazwisko nauczyciela)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniósł w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na 1 osobę (słownie zł:

.....
)

.....
(podpis wnioskodawcy)

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 odpowiedzialności karnej, zgodnie z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejscowość, data)

.....
(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:

Średni dochód na miesiąc = kwota dochodu z trzech ostatnich miesięcy wszystkich członków rodziny

3 (liczba miesięcy za które został przyjęty dochód) x liczba osób uprawnionych w rodzinie

.....
(imię i nazwisko nauczyciela)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

OŚWIADCZENIE O PONIESIONYCH KOSZTACH LECZENIA

Oświadczam, że poniesione koszty leczenia za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniosły:

- 4) Zakup leków i materiałów medycznych
- 5) leczenie specjalistyczne
- 6) zakup sprzętu rehabilitacyjnego
- 7) Inne

.....
(podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

(Faktura/data wystawienia/Kwota)

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

Wnioskodawca zobowiązany jest do okazania do wglądu w/w faktur pracownikowi przyjmującemu wnioski 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)

Szczytno dnia,

Decyzja pracodawcy uzgodniona z zakładowymi organizacjami związkowymi:

-przyznano dofinansowanie w wysokości..... zł *,

-wniosek załatwiono pozytywnie/negatywnie *

Podpisy osób podejmujących decyzję/komisja:

1.

2.

3.

4.

5.

6.