

Załącznik nr 1 do
Regulaminu określającego rodzaje świadczeń oraz warunki
i sposoby przyznawania środków
w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli,
dla których organem prowadzącym jest Gmina Brody

**WNIOSEK
O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

I. Dane osobowe Wnioskodawcy

- 1) Imię i nazwisko
- 2) Adres zamieszkania
- 3) Numer telefonu kontaktowego

II. Dane dotyczące zatrudnienia

- 1) Szkoła, w której ubiegający się o pomoc nauczyciel jest lub był zatrudniony
(główne miejsce pracy w przypadku zatrudnienia w kilku szkołach)

.....

2. Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku: *(właściwe zaznaczyć X)*

- czynny zawodowo
- emeryt/rencista
- nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

III. Uzasadnienie złożenia wniosku

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli z powodu (należy wskazać przyczynę ubiegania się o świadczenie, zgodnie z § 4 Regulaminu)

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

Ostatnio z pomocy zdrowotnej korzystałem/łam w roku

IV. Oświadczenie o sytuacji materialnej nauczyciela

.....

VII. Oświadczenie

Oświadczam, że poniesione koszty leczenia udokumentowane załącznikami do wniosku nie były refundowane z innych źródeł.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

VII. Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 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 osobowych) (Dz. U. UE L 119 z 04.05.2016), zwanym w dalszej części „RODO”, informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Brody reprezentowana przez Wójta Gminy Brody z siedzibą: Brody, ul. Stanisława Staszica 3, 27-230 Brody, tel.: (41) 271-12-31, e-mail gmina@brody.info.pl.
2. Z Inspektorem Ochrony Danych może się Pani/Pan skontaktować pisemnie na adres siedziby Administratora, telefonicznie pod numerem (41) 271-12-31 lub za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@brody.info.pl.
3. 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 20023 r., poz. 984, 1234, 1586, 1672, i 2005).
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskiwania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane przez okres wymagany przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną planowo przez okres 5 lat od zakończenia realizacji zadania,
6. W ramach realizowanego celu nie występuje profilowanie, a dane nie będą transferowane poza Polskę.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
8. W przypadku stwierdzenia naruszenia przepisów RODO przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie danych osobowych w zakresie obowiązujących przepisów prawa jest obowiązkowe, ich brak uniemożliwia rozpatrzenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

VIII. Opinia Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej dla Nauczycieli

Komisja pozytywnie opiniuje wniosek Pani/Pana.....
i proponuje przyznać świadczenie pieniężne na pomoc zdrowotną w kwocie

(słownie:)

Komisja negatywnie opiniuje wniosek Pani/Pana.....

Uzasadnienie

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

Podpisy członków Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej dla Nauczycieli:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

.....
(miejsowość, data)

Decyzja Wójta Gminy Brody

Przyznaję Pani/Panuświadczenie pieniężne
w wysokościzł

(słownie:)

Odmawiam Pani/Panu przyznania świadczenia
pieniężnego

Uzasadnienie

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Wójta Gminy Brody)