

## 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) Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku (właściwe zaznaczyć „X”):
  - czynny zawodowo
  - rencista / emeryt
  - nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

### 3. WNIOSKOWANA KWOTA

Wnioskuje o przyznanie mi pomocy zdrowotnej w wysokości ..... zł.

### 4. UZASADNIENIE WNIOSKU

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli z powodu (należy wskazać przyczynę ubiegania się o świadczenie, zgodną z § 4 ust. 1 Regulaminu):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\* dane nieobowiązkowe, umożliwiają sprawną realizację wniosku

**5. FORMA PRZEKAZANIA POMOCY ZDROWOTNEJ (właściwie zaznaczyć „X”):**

- odbiór osobisty w kasie Urzędu Miasta Kraśnik
- przelew na konto (należy wskazać nazwę banku i numer rachunku bankowego)  
.....

**6. DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY (właściwie zaznaczyć „X”):**

- zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie szpitalne lub poszpitalne, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub aparatury medycznej, konieczność zapewnienia choremu opieki, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku;
- imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesienie wydatku wymienionego we wniosku, wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy przed datą złożenia wniosku – ..... szt.
- oświadczenie o przeciętnych miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**7. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZGODNA Z RODO**

- 1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej oraz w załączonych do niego dokumentach, przez Urząd Miasta Kraśnik, 23 – 200 Kraśnik, ul. Lubelska 84, wyłącznie w celu jego realizacji.
- 2) Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**8. WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY:**

Potwierdzam, że dane zawarte w pkt 2 wniosku są **zgodne/nie są zgodne\*\*** ze stanem faktycznym.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis dyrektora)

**9. OPINIA KOMISJI ZDROWOTNEJ:**

1. Kwota poniesionych wydatków wynikająca z przedłożonych dokumentów – ..... zł
2. Kwota poniesionych wydatków po weryfikacji dokumentów – ..... zł
3. Średni miesięczny dochód brutto na 1 członka rodziny – ..... zł
4. Proponowana wysokość pomocy zdrowotnej po weryfikacji dokumentów ..... zł
5. Opinia Komisji Zdrowotnej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:**

- 1) Przewodniczący komisji – .....
- 2) Członek komisji – .....
- 3) Członek komisji – .....
- 4) Członek komisji – .....
- 5) Członek komisji – .....

\*\* - niepotrzebne skreślić

## **KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH W PROCEDURZE PRYZNAWANIA POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI**

**Szanowni Państwo,**

wypełniając obowiązek informacyjny jaki nałożyło na nas ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych (RODO) pragniemy poinformować o zasadach przetwarzania danych osobowych w trakcie ubiegania się o pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

### **Kto jest administratorem Państwa danych osobowych**

Administratorem danych osobowych przekazanych w trakcie ubiegania się o pomoc zdrowotną dla nauczycieli jest Burmistrz Miasta Kraśnik. Mogą się Państwo skontaktować z administratorem:

- listownie na adres siedziby administratora: 23 – 200 Kraśnik, ul. Lubelska 84,
- poprzez formularz kontaktu na stronie: <http://www.krasnik.eu/kontakt/>,
- e-mailem: [sekretariat@krasnik.eu](mailto:sekretariat@krasnik.eu),
- telefonicznie : + 48 81 825-15-20.

### **Z kim możecie się Państwo kontaktować, aby uzyskać więcej informacji o przetwarzaniu danych osobowych**

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, który udzieli szczegółowych odpowiedzi na pytania dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych. Aby się z nim skontaktować należy napisać na adres: e-mail: [iod@krasnik.eu](mailto:iod@krasnik.eu).

### **Jakie są cele i podstawy przetwarzania Państwa danych osobowych**

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego wynikającego z ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela (tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r. poz. 1762 z późn. zm.), którym jest pomoc zdrowotna dla nauczycieli.

Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest niezbędność przetwarzania tych danych w ramach sprawowania władzy publicznej (art. 6 ust.1 lit. c RODO), wynikająca z art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela i uchwały Rady Miasta Kraśnik w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

### **Komu możemy udostępnić Państwa dane**

Realizując swój obowiązek Państwa dane osobowe udostępniemy członkom Komisji Zdrowotnej.

### **Przez jaki czas będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe**

Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres ubiegania się o pomoc zdrowotną oraz czas niezbędny do ustalenia prawa do pomocy i realizacji tego prawa. Po upływie tego okresu dokumenty zostaną zarchiwizowane i następnie trwale zniszczone.

### **Czy musicie Państwo podać nam swoje dane osobowe**

Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne w celu skorzystania z pomocy wskazanej we wniosku, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia tejże pomocy.

Wymóg podania danych osobowych wynika zarówno z ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym, jak i z uchwały Rady Miasta Kraśnik w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

### **Jakie przysługują Państwu prawa**

Ponieważ przetwarzamy Państwa dane osobowe, macie prawo do:

- dostępu do tych danych oraz otrzymania ich kopii;
- sprostowania danych jeśli są błędne, uzupełnienia danych jeśli zauważycie Państwo, że są niekompletne;
- ograniczenia przetwarzania danych np. jeżeli zauważycie Państwo, że Wasze dane osobowe są nieprawidłowe, do czasu sprawdzenia ich prawidłowości – na okres pozwalający nam to sprawdzić;
- usunięcia danych np.: kiedy Państwa dane nie będą już potrzebne do celu, dla którego zostały zebrane;
- sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania danych w przypadkach, gdy macie do tego prawo.

### **Prawo wniesienia skargi**

Jeśli uznacie Państwo, że przetwarzamy Wasze dane osobowe niezgodnie z przepisami prawa, możecie wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

### **Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji**

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany, ale nie będą profilowane.