

WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej

WNIOSKODAWCA:

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy.....

czynny, emerytowany, przebywający na rencie, n świadczeniu kompensacyjnym (wpisać jedną z możliwości):

.....

2. Adres zamieszkania wnioskodawcy i nr telefonu kontaktowego;

.....

.....

3. Miejsce pracy obecnie, a dla emeryta i rencisty podać było miejsce pracy:.....

.....

1. Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałam/em

Należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej

5. Numer r-ku bankowego (26 cyfr), oraz nazwę banku, na który należy przekazać udzielone świadczenie z funduszu zdrowotnego nauczycieli:

.....

Uzasadnienie, potwierdzając fakt korzystania z opieki zdrowotnej (zgodnie z wydanym zaświadczeniem lekarskim) oraz opis poniesionych kosztów związanych z leczeniem

.....

.....

.....

.....

Załączniki:

1) *.....

2)

3)

4)

5)

.....

Data i podpis wnioskodawcy

**nr faktury/rachunku wraz z pozycjami kwalifikującymi się do pomocy zdrowotnej*

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Gmina Borek Wlkp. reprezentowana przez Burmistrza. Kontakt: listownie: Rynek 1, 63-810 Borek Wlkp., przez elektroniczną skrzynkę podawczą dostępną na stronie <http://bip.borekwlkp.pl/> , telefonicznie: 65 5716 120

2. Inspektor ochrony danych. Możecie się Państwo kontaktować w sprawach dotyczących danych osobowych z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email kontakt@rodo-leszno.com.pl

3. Cele i podstawy przetwarzania. Przetwarzanie danych osobowych jest dokonywane w celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia z funduszu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b w związku z ustawą z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela

4. Odbiorcy danych osobowych. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt 3 Państwa dane mogą zostać udostępnione innym uczestnikom tych postępowań i procedur oraz podmiotom i organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, a także inne podmiotom z którymi administrator posiada umowy o powierzeniu danych.

5. Okres przechowywania danych. Państwa dane będą przechowywane przez czas realizacji zadań Administratora związanych z rozpatrzeniem wniosku i wypłatą świadczenia, a następnie - zgodnie z obowiązującą u Administratora Instrukcją kancelaryjną oraz przepisami o archiwizacji dokumentów.

6. Prawa osób, których dane dotyczą. Zgodnie z przepisami prawa przysługuje Państwu:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- prawo usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
- prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa)

7. Informacja o wymogu zbierania danych. Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa.

8. Pozyskiwanie danych z innych źródeł. W przypadku zbierania danych w inny sposób niż od osoby, której dane dotyczą, dane te są pozyskiwane z publicznych rejestrów lub ewidencji albo od innych organów władzy publicznej lub podmiotów wykonujących zadania publiczne lub działających na zlecenie organów władzy publicznej albo od innych uczestników postępowania.

9. Szczegółowe informacje na temat zasad przetwarzania danych osobowych przez Administratora w tym opis przysługujących Państwu praw z tego tytułu jest również dostępny w Biuletynie Informacji Publicznej Gminy Borek Wlkp. pod adresem <http://bip.borekwlkp.pl/> w zakładce Ochrona Danych Osobowych.

Informacja szkoły:

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

(należy potwierdzić lub zaprzeczyć fakt zatrudnienia)

.....

(pieczęć szkoły)

.....

(data i podpis osoby sporządzającej informację)

DECYZJA BURMISTRZA BORKU WLKP.

Przyznaję pani/panuświadczenie
w ramach pomocy zdrowotnej*, w wysokościzł (słownie złotych):

.....

Nie przyznaję pani/panu świadczenia w ramach
pomocy zdrowotnej*

(uzasadnienie)

.....

.....

*niepotrzebne skreślić

.....

(data i podpis Burmistrza)

Oświadczenie

***o średnich dochodach brutto przypadających na członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy
poprzedzających ubieganie się o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli***

ja niżej podpisana/y oświadczam, że średni dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny
wyliczony na podstawie dochodów opodatkowanych i nieopodatkowanych ze wszystkich źródeł* osób, które
pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
..... zł (..... słownie:
..... zł)

.....

(miejscowość i data)

.....

(czytelny podpis nauczyciela)

**wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu
- do dochodu wlicza się np.: wynagrodzenie, emeryturę, rentę, wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny
i pielęgnacyjny, zasiłek z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności
gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło, uzyskane w ciągu
ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku udzielenie pomocy zdrowotnej.*

Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu
przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.

Nienależnie pobrana z tytułu pomocy zdrowotnej należność, będzie podlegała zwrotowi.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis nauczyciela)

