

WNIOSEK

o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty oraz nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

1. Nazwisko i Imię:

2. PESEL:

3. Adres do korespondencji:

.....
.....

4. Telefon:

5. Uzasadnienie Wniosku:

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

6. Przyznaną kwotę dofinansowania proszę przekazać na konto nr:

.....

7. Załączniki:

1/ aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z ciężką lub przewlekłą chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub środków pomocniczych, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki,

2/ imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia z ostatnich 12 miesięcy, przy czym konkretny dokument potwierdzający poniesienie kosztów leczenia może być załączony tylko do jednego wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej (oryginały do wglądu);

3/ oświadczenie o dochodach stanowiące Załącznik nr 2 do Regulaminu

4/ inne (wymienić jakie)

.....
.....

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz załączonych dokumentach, w związku z procedurą przyznawania pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101, poz 926 z późn. zm.)

.....
miejsce i data

.....
podpis Wnioskodawcy

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 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 – dalej RODO) niniejszym informujemy że:

- 1) administratorem Twoich danych osobowych jest Dyrektor Zespołu Szkół CKZ w Bujnach,
- 2) wyznaczyliśmy inspektora ochrony danych.
- 3) Twoje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty oraz nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne;
- 4) Twoje dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa - ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021 r. poz. 1762);
- 5) Twoje dane osobowe zostaną udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Dodatkowo Twoje dane osobowe mogą być udostępnione usługodawcom wykonującym zadania na zlecenie administratora w ramach świadczenia usług serwisu, rozwoju i utrzymania systemów informatycznych;
- 6) Twoje dane osobowe nie będą wykorzystywane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania, jak również nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 7) Twoje dane osobowe będą przetwarzane do czasu rozpatrzenia Twojego wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty oraz nauczyciela pobierającego świadczenie kompensacyjne, a w przypadku przyznania takiego świadczenia przez okres jednego roku od jego przyznania (tj. wydania decyzji w sprawie). Po okresie jednego roku od jego przyznania (tj., wydania decyzji w sprawie) dane są przechowywane przez okres dochodzenia/obrony praw lub roszczeń z nim związanych czy też wykazania zgodności przyznanego świadczenia z przepisami w przypadku kontroli organów państwowych (np. Urzędu Skarbowego), a następnie przez okres wymagany na podstawie obowiązujących przepisów dla wykonywania obowiązków archiwizacyjnych;
- 8) w związku z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przysługują Ci następujące prawa:
 - prawo dostępu do Twoich danych osobowych,
 - prawo żądania sprostowania Twoich danych osobowych (w tym uzupełnienia niekompletnych danych),
 - prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub ich usunięcia,
 - aby skorzystać z powyższych praw, skontaktuj się z Inspektorem Ochrony Danych;
- 9) przysługuje Ci także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 10) podanie przez Ciebie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty oraz nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

.....
miejsowość i data

.....
podpis Wnioskodawcy

Opinia Komisji Zdrowotnej

Proponujemy przyznać /nie przyznać* pomoc zdrowotną w wysokości:

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej

Podpis Przewodniczącego Komisji

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

.....

* - niepotrzebne skreślić