

**Wójt Gminy Lubsza
ul. Brzeska 16
49-313 Lubsza**

Termin składania wniosku: do dnia 31 maja w danym roku kalendarzowym

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, nauczycieli emerytów, nauczycieli rencistów i nauczycieli pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne szkół i przedszkoli prowadzonych przez Gminę Lubsza ze środków Funduszu Zdrowotnego

I. Dane wnioskodawcy ubiegającego się o pomoc zdrowotną :

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania
3. Telefon kontaktowy
4. Adres poczty elektronicznej (email)
5. Wniosek dotyczy (*właściwie zaznaczyć znakiem X*)
 - nauczyciel zatrudniony* w
(nazwa szkoły, przedszkola)
 - nauczyciel: emeryt/rencista/ pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne*, który zatrudniony był w
(nazwa szkoły, przedszkola)
6. Informuję, że ze środków Funduszu Zdrowotnego korzystałem/am w roku
i uzyskałem/am pomoc zdrowotną w wysokości :
7. Liczba osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)
8. Oświadczam, że średni dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny w okresie z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniósł ¹⁾.....
zł (*słownie* :
.....).

...			

W załączeniu do wniosku przedkładam następujące dokumenty potwierdzające uprawnienia i potrzebę przyznania pomocy z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli :

- aktualne zaświadczenie lekarskie **wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy** od daty złożenia wniosku ²⁾
- oryginalne dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów leczenia **wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy** przed złożeniem wniosku ³⁾

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)

Potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym powyższych danych. Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby przyznania dofinansowania z Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli .

²⁾aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, potwierdzające leczenie nauczyciela w związku z chorobą: przewlekłą, nieuleczalną lub wrodzoną , leczenie specjalistyczne, rehabilitację, stosowanie sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, stosowanie leków i materiałów medycznych;

³⁾oryginalne inne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (tj. imienne rachunki, faktury VAT za leczenie, badania specjalistyczne, zabiegi, zakup lekarstw, protez, sprzętu rehabilitacyjnego) - paragony nie będą uwzględniane- wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku;

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

V . Potwierdzenie uprawnień i opinia Dyrektora wystawiona nie wcześniej niż 1 miesiąc przed złożeniem wniosku ⁴⁾.

Niniejszym potwierdzam, że Pan /Pani
- jest nauczycielem zatrudnionym* w

.....
(nazwa szkoły, przedszkola)

w wymiarze etatu ;

- jest nauczycielem który przeszedł na emeryturę/ rentę/ nauczycielskie świadczenie
kompensacyjne * i jego/jej ostatnim zakładem pracy była

.....
(nazwa szkoły, przedszkola)

posiada/ nie posiada* uprawnień do korzystanie z Funduszu Zdrowotnego dla
nauczycieli .

Wniosek opiniuję pozytywnie/negatywnie* z uwagi na :

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

.....

.....
(miejscowość, data)

(podpis dyrektora szkoły/przedszkola)

⁴⁾Świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej przyznawane są nauczycielom zatrudnionym w szkołach, przedszkolach prowadzonych przez Gminę Lubsza w wymiarze co najmniej połowy obowiązującego wymiaru zajęć dla danego stanowiska lub zatrudnionym w kilku szkołach, w których łączny wymiar jego zajęć stanowi co najmniej połowę obowiązkowego wymiaru zajęć dla danego stanowiska lub nauczycielom w/w placówek po przejściu na emeryturę lub rentę lub nauczycielom pobierającym nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, którzy w momencie ustania zatrudnienia byli zatrudnieni w co najmniej połowie obowiązującego wymiaru zajęć dydaktyczno-wychowawczych, korzystającym z opieki zdrowotnej” .

VI. Stanowisko Komisji powołanej do rozpatrywania wniosków

- Komisja proponuje przyznanie pomocy zdrowotnej * dla Pana /Pani
..... kwocie (słownie).....
.....
- Komisja proponuje negatywne rozpatrzenie wniosku* Pani/Pani
.....

Opinia Komisji pozytywna/negatywna* z uwagi na :

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis przewodniczącego Komisji)

VII. Decyzja Wójta Gminy Lubsza

Akceptuję/ nie akceptuję * stanowisko Komisji i przyznaję/nie przyznaję* pomoc
zdrowotną z Funduszu Zdrowotnego dla nauczyciela
dla Pana /Pani w kwocie zł *
(słownie :) *

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wójta)

**niewłaściwe skreślić*

Załącznik do wniosku:

1. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych do celów Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

DO CELÓW FUNDUSZU ZDROWOTNEGO DLA NAUCZYCIELI

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 (Dz. U. UE. L. 2016. 119. 1) informujemy.

I. Administrator danych osobowych

Administratorem danych jest: Urząd Gminy w Lubszy ul. Brzeska 16; 49-313 Lubsza (Administrator).

Dane kontaktowe: tel. 77 411 86 15, email: info@lubsza.ug.gov.pl

II. Inspektor Ochrony Danych

Wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych i realizacji swoich praw na adres email: iod@lubsza.ug.gov.pl lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w pkt I.

III. Cele i podstawy przetwarzania

Dane przetwarzane są na podstawie art.6 ust.1 lit. c RODO (wymóg prawny), art.6 ust.1 lit. a RODO (zgoda osoby), art.6 ust.1 lit. b RODO (zawarcie umowy).

IV. Kategorie danych, które przetwarzamy

Dane osobowe nauczycieli oraz członków ich rodzin są wykorzystywane w celu udzielenia pomocy zdrowotnej dla pracowników pedagogicznych korzystających z opieki zdrowotnej.

V. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe możemy udostępniać następującym kategoriom podmiotów: podwykonawcom, czyli podmiotom, z których korzystamy przy ich przetwarzaniu, oraz innym podmiotom upoważnionym do ich przetwarzania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

VI. Przekazywanie danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych

Nie przekazujemy Pani/Pana danych poza teren Polski/UE/Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

VII. Okres przechowywania danych

W zależności od wskazanej podstawy dane będą przechowywane:

- przez okres niezbędny do realizacji wskazanych powyżej celów, w tym rozpatrzenia wniosku i wypłaty świadczenia
- przez okres niezbędny do realizacji wszelkich obowiązków wynikających z przepisów prawa archiwizacyjnego nakazujących przechowywać dane.

VIII. Pani/Pana prawa:

- a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii
- b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych
- c) prawo do usunięcia danych (o ile przetwarzane były na podstawie zgody).
- d) ograniczenia przetwarzania danych(o ile przetwarzane były na podstawie zgody).
- e) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego:
- f) Jeżeli uważa Pani/Pan, że przetwarzamy Państwa dane niezgodnie z prawem, można złożyć w tej sprawie skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych lub innego właściwego organu nadzorczego.
- g) prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

IX. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych

Przetwarzanie danych jest niezbędne w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, organizacji wypłaty świadczeń, dokumentowania procesu rozpatrywania wniosku i wypłaty świadczeń, kontroli nad wydatkowaniem środków, ochrony praw i realizacji roszczeń oraz w celach archiwalnych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, na podstawie art. 72 ustawy Karta Nauczyciela- „przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego”.

X. Automatyczne przetwarzanie danych

Administrator przetwarzając dane osobowe nie podejmuje wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji w wskazanych w art. 22 RODO.

XI. Informacja o źródle danych

Od osoby, której dane dotyczą.