Porąbka, dnia .....

WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

I. Dane nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną:

1. Imię i nazwisko ..... nr telefonu .....

2. Adres zamieszkania:

ulica ..... kod ..... miejscowość .....

3. Miejsce pracy (w przypadku emeryta lub rencisty podać ostatnie miejsce pracy przed odejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne) .....

.....

4. Liczba osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) .....

5. Średni dochód brutto z ostatnich trzech miesięcy na jednego członka rodziny (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) ..... zł,

słownie: .....

6. Wskazanie nazwy banku i nr konta .....

.....

II. Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

Załączniki: oryginalne zaświadczenie potwierdzające chorobę przewlekłą oraz wysokość poniesionych kosztów z tytułu leczenia (wypisać poniżej, dołączyć potwierdzone kserokopie):

1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

.....
podpis składającego wniosek

Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku jest Wójt Gminy Porąbka. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pisemnie na adres Urzędu Gminy Porąbka lub na adres poczty elektronicznej ochronadanych@porabka.pl. Dane osobowe wnioskujących będą przetwarzane w celu przyznania świadczeń pomocy zdrowotnej dla nauczycieli. Przetwarzanie danych odbywa się na podstawie ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym oraz ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela. Administrator nie planuje udostępniania danych innym podmiotom, chyba, że będzie to wynikało z przepisów prawa. Dane osobowe wnioskujących będą przetwarzane przez okres wskazany przepisami prawa. Osobom składającym wnioski przysługuje: prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii; prawo do poprawiania swoich danych; prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych). Podanie danych nie jest obowiązkowe, jednak odmowa powoduje, że przyznanie świadczenia zdrowotnego nie będzie możliwe. Na podstawie udostępnianych danych Administrator nie będzie podejmował decyzji w sposób zautomatyzowany, nie przewiduje się profilowania danych.

III. Potwierdzenie dyrektora szkoły/przedszkola, że wnioskodawca jest osobą uprawnioną do korzystania ze świadczeń w zakresie pomocy zdrowotnej:

1) jest nauczycielem zatrudnionym w .....
w wymiarze ..... etatu,

2) jest nauczycielem, który przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenia kompensacyjne i jego ostatnim zakładem pracy była/było .....
.....

.....
pieczątka i podpis dyrektora szkoły/placówki

IV. Informacja Wójta Gminy Porąbka:

1. Przyznaję Pani/Panu ..... pomoc zdrowotną w wysokości ....., słownie .....

2. Odmawiam przyznania Pani/Panu ..... pomocy zdrowotnej z powodu .....
.....
.....

....
data Wójt Gminy Porąbka