

w sprawie określenia wzoru wniosku o udzielenie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

Na podstawie art. 30 ust. 1 z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U z 2019 r. poz. 506 z późn.zm.) oraz Uchwały Nr XV/145/2020 Rady Gminy Wilkowice z dnia 29 stycznia 2020 roku w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych nauczycielom w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania

zarządzam, co następuje :

§ 1

Ustalić wzór wniosku o udzielenie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela w brzmieniu ustalonym w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Wykonanie zarządzenia powierza się dyrektorom szkół podstawowych i przedszkoli prowadzonych przez Gminę Wilkowice.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.


WÓJT
dr inż. Janusz Zemanek

.....
(miejscowość, data)

**Wójt Gminy
Wilkowice**

**WNIOSEK
O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko

2. Adres do korespondencji

3. Nr telefonu

4. Nazwa szkoły/placówki, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony (w przypadku nauczyciela emeryta, rencisty, pobierającego świadczenia kompensacyjne wskazanie placówki, w której wnioskodawca jest objęty opieką socjalną)

.....

5. *Zakreślić właściwe:*

- 1) nauczyciel czynny zawodowo
- 2) nauczyciel emeryt/rencista
- 3) nauczyciel pobierający świadczenie kompensacyjne

6. Rodzaj świadczenia, o które ubiega się nauczyciel (zakreślić właściwe) :

- 1) dofinansowanie wydatków poniesionych na zakup lekarstw, środków higienicznych, specjalnej diety żywniowej,
- 2) dofinansowanie wydatków związanych z opłatami za leczenie,
- 3) dofinansowanie kosztów rehabilitacji zdrowotnej,
- 4) dofinansowanie wydatków ponoszonych na zakup urządzeń niezbędnych do przeprowadzenia zalecanego przez lekarza leczenia lub rehabilitacji,
- 5) dofinansowanie zakupu okularów, protez,
- 6) dofinansowanie kosztów badań specjalistycznych.

7. Uzasadnienie wniosku:

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

8. Zakreślić właściwe:

- 1) Przyznaną pomoc zdrowotną odbiorę osobiście w kasie Urzędu Gminy Wilkowice
- 2) Przyznaną pomoc zdrowotną proszę przekazać na konto :

.....

(nr konta bankowego)

W załączeniu do wniosku przedkładam (zakreślić właściwe):

- 1) Zaświadczenie lekarskie potwierdzające fakt leczenia w związku, z którym to faktem nauczyciel ubiega się o dany rodzaj świadczenia.
- 2) Imienne rachunki lub faktury potwierdzające poniesione wydatki na pomoc zdrowotną, o którą ubiega się nauczyciel, obejmujące okres nie dłuższy niż 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku. na łączną kwotę:
- 3) Pełnomocnictwo, gdy wniosek składa w imieniu nauczyciela jego pełnomocnik.

.....
(data, czytelny podpis wnioskodawcy)

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Zgodnie z 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), zwanym w dalszej części RODO, informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

- 1) Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku i załącznikach jest Gmina Wilkowice reprezentowana przez Wójta Gminy, 43-365 Wilkowice, ul. Wyzwolenia 25 tel. 33 499-00-77.
- 2) W celu uzyskania informacji dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: tel. 33 499-00-77 wew. 201, adres e-maila: iod@wilkowice.pl,

- 3) Odbiorcą Pani/Pana danych będzie Zespół Obsługi Szkół i Przedszkoli w Wilkowicach z siedzibą ul. Wyzwolenia 25, 43 - 365 Wilkowice, tel. 33 499-00-77 wew. 208,
- 4) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu ustalenia przysługującego prawa do pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, na podstawie art. 6 ust. 1 lit.c oraz art. 9 ust. 2 lit.b RODO, art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela, uchwały nr XV/145/2020 Rady Gminy Wilkowice z dnia 29 stycznia 2020 r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych nauczycielom w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania,
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną przez okres 5 lat od zakończenia realizacji zadania,
- 6) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany lub w formie profilowania.,
- 7) Zgodnie z RODO w trybie art. 15 jest Pani/Pan uprawniona do:
 - a) dostępu do swoich danych,
 - b) sprostowania swoich danych osobowych,
 - c) wniesienia sprzeciwu oraz ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych,
- 8) W zgodności z art. 77 ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- 9) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem koniecznym, aby możliwe było rozpatrzenie wniosku. Dane kontaktowe, są podawane dobrowolnie, brak ich podania skutkować może ograniczeniem form komunikacji.

.....

(data, czytelny podpis wnioskodawcy)

W trosce o Pani/Pana dane osobowe, prosimy by wniosek wraz z załącznikami został złożony w zamkniętej kopercie z dopiskiem na kopercie „Wniosek o pomoc zdrowotną dla nauczyciela.