

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ
Wydział Edukacji Urzędu Miasta w Mysłowicach

DATA WPŁYWU WNIOSKU:		
WNIOSEK DOTYCZY: (niepotrzebne skreślić)	NAUCZYCIELA CZYNNEGO ZAWODOWO, NAUCZYCIELA EMERYTA, NAUCZYCIELA RENCISTY, NAUCZYCIELA OTRZYMUJĄCEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE	
DANE WNIOSKODAWCY		
Imię i nazwisko:		
Adres zamieszkania:		
Nr telefonu do kontaktu:		
Wymiar zatrudnienia: (dotyczy nauczycieli czynnych zawodowo)		
Miejsce zatrudnienia/ ostatnie miejsce zatrudnienia:		
Potwierdzenie zatrudnienia/uprawnień emerytalnych do korzystania z pomocy zdrowotnej nauczyciela	 pieczęć szkoły/przedszkola	 podpis i pieczęć dyrektora

UZASADNIENIE WNIOSKU

Nr rachunku:
.....

.....
Data i podpis wnioskodawcy

Klauzula Informacyjna

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Prezydent Miasta Mysłowice reprezentujący Miasto Mysłowice z siedzibą: Mysłowice, 41-400, ul. Powstańców 1.

Inspektor ochrony danych.

Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych, w następujący sposób: pod adresem poczty elektronicznej: iod@um.myslowice.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

Podstawa prawna i cele przetwarzania danych osobowych.

Podstawę przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, określonego w art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela i w uchwale Rady Miasta Mysłowice w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i emerytowanych nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

Mogą również wystąpić przypadki w których zostanie Pani/Pan poproszona/y o wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych w określonym celu i zakresie.

Odbiorcy danych osobowych.

Dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa.

Okres przechowywania danych osobowych.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa.

Po spełnieniu celu, dla którego Pani/Pana dane zostały zebrane, mogą one być przechowywane jedynie w celach archiwalnych, przez okres, który wyznaczony zostanie przede wszystkim na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej.

Prawa osób, których dane dotyczą, w tym dostępu do danych osobowych.

Na zasadach określonych przepisami RODO, posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora: dostępu do treści swoich danych osobowych, sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych, usunięcia swoich danych osobowych, ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych, przenoszenia swoich danych osobowych, a ponadto, posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych.

Prawo do cofnięcia zgody.

Tam, gdzie do przetwarzania danych osobowych konieczne jest wyrażenie zgody, zawsze ma Pani/Pan prawo nie wyrazić zgody, a w przypadku jej wcześniejszego wyrażenia, do cofnięcia zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie Pani/Pana danych do momentu jej wycofania.

Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych oraz konsekwencjach niepodania danych osobowych.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją nie podania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku i wypłaty świadczenia.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

.....
Data i podpis wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI SKŁADANE DO WNIOSKU

1.	Zaświadczenie wystawione przez lekarza potwierdzające leczenie i/lub rehabilitację, lub/i wypis ze szpitala wystawione w ciągu 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.
2.	Imienne rachunki lub faktury potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem i/lub rehabilitacją lub zakupem w okresie 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.
3.	Oświadczenie o zarobkach ze wszystkich źródeł oraz dochodzie brutto przypadającym na jednego członka gospodarstwa domowego z ostatnich 3 miesięcy.

OPINIA KOMISJI DS. POMOCY ZDROWOTNEJ

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

PROPONOWANA PRZEZ KOMISJĘ WYSOKOŚĆ POMOCY ZDROWOTNEJ w PLN

.....
Słownie

PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI

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

DECYZJA PREZYDENTA MIASTA

Przyznaję pomoc finansową w wysokości* :
(słownie:)

Nie przyznaję pomocy finansowej*.

*niepotrzebne skreślić

Mysłowice, dnia

**Oświadczenie o dochodach brutto, zarobkach ze wszystkich źródeł oraz dochodzie brutto
przypadającym na jednego członka gospodarstwa domowego**

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

adres zamieszkania:

Liczba osób w gospodarstwie domowym:

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny
z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosizł.

Za dochód uważa się wszystkie dochody podlegające opodatkowaniu (min. stosunek pracy,
umowa zlecenie lub umowa o dzieło, emerytura, renta).

.....

Data i podpis