

Wójt Gminy Dębica Kaszubska

ul. ks. Antoniego Kani 16a
76-248 Dębica Kaszubska

WNIOSEK

o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli

Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

1. Imię (imiona) i nazwisko:
2. Adres zamieszkania:
3. Telefon kontaktowy:
4. Status wnioskodawcy (pracujący, emeryt, rencista, przebywający na świadczeniu kompensacyjnym).
5. Szkoła, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony:
6. Wymiar zatrudnienia

UZASADNIENIE WNIOSKU:

.....

.....

.....

.....

(Uzasadnienie powinno zawierać m.in. informacje dotyczące poniesionych przez nauczyciela kosztów korzystania z opieki zdrowotnej: specjalistycznych usług medycznych, zakupu lekarstw, badań i zabiegów, sprzętu medycznego, rehabilitacji zdrowotnej, korzystania z leczenia uzdrowiskowego lub pobytu w innym podmiocie medycznym.)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia nie były refundowane z innych źródeł.

Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałam/em
(należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej)

W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej proszę o wpłatę środków na numer rachunku bankowego:

Nazwa banku:

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

W załączeniu do wniosku przedkładam następujące dokumenty potwierdzające uprawnienia i potrzebę przyznania pomocy z funduszu zdrowotnego nauczycieli:

- 1) zaświadczenie potwierdzające fakt istnienia choroby i okres jej trwania, wystawione nie wcześniej niż 2 miesiące przed dniem złożenia wniosku lub inny dokument od lekarza specjalisty, potwierdzający leczenie związane z chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, koniecznością zapewnienia choremu opieki;
- 2) imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesienie wydatków w okresie objętym wnioskiem, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 1 lub pkt 2 Regulaminu;
- 3) oświadczenie o przeciętnych miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku stanowiącym załącznik nr 2 do Regulaminu;
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.

INFORMACJA DYREKTORA SZKOŁY:

(dot. § 6 ust. 6 lub 7 Regulaminu)

.....
(data i podpis dyrektora szkoły)

DECYZJA WÓJTA

Wniosek o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli rozpatrzono pozytywnie/negatywnie¹⁾.

Przyznaje pomoc zdrowotną w wysokości (słownie w zł:

Uzasadnienie odmowy przyznania świadczenia.
.....
.....
.....

.....
(data i podpis wójta lub osoby upoważnionej)

¹⁾ niepotrzebne skreślić

INFORMACJA

o przetwarzaniu Twoich danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (dalej: RODO) informuję że:

I. Administrator danych osobowych.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wójt Gminy Dębica Kaszubska z siedzibą przy ulicy ks. Antoniego Kani 16a, 76-248 Dębica Kaszubska.

II. Inspektor Ochrony Danych.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych w Urzędzie Gminy Dębica Kaszubska: 76-248 Dębica Kaszubska, ul. ks. Antoniego Kani 16a, e-mail: iod@debnicakaszubska.eu; telefon: 693064318.

III. Cele i podstawy przetwarzania.

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie w związku z przyznaniem lub odmową przyznania jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego z przeznaczeniem na pokrycie kosztów leczenia:

- a) w celu kontaktu z Panią/Panem w związku z rozpatrzeniem wniosku na podstawie Pani/Pana zgody (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a RODO);
- b) zgodnie z art. 72 – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2023 r. poz. 984 z późn. zm.) oraz z art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

IV. Odbiorcy danych.

Odbiorcą Pani/Pana danych będzie Urząd Gminy w Dębicy Kaszubskiej, który nie będzie udostępniał danych innym podmiotom gospodarczym i osobom fizycznym, chyba że obowiązek ich udostępnienia wynikać będzie z obowiązujących przepisów prawa.

V. Przekazywanie danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.

Pani/Pana dane nie będą przekazywane poza teren Polski / UE / Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

VI. Okres przechowywania danych.

Dokumenty będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa oraz zgodnie z kategorią archiwizacji po ustaniu podstawowego celu przetwarzania.

VII. Twoje prawa.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do ponoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

VIII. Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

IX. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

X. Pani/Pana dane nie będą podlegały profilowaniu.

XI. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych.

Podanie przez Panią/Pana danych jest wymagane ze względu na konieczność dopełnienia przepisów prawa oraz ze względu na możliwość kontaktu z Pani/Pana osobą w związku z przyznaniem lub odmową przyznania jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego z przeznaczeniem na pokrycie kosztów leczenia.

Niepodanie ww. danych może skutkować wykluczeniem przyznania lub odmową przyznania jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego z przeznaczeniem na pokrycie kosztów leczenia

Powyższe informacje przeczytałem (am) i zrozumiałem (am).

.....
(data i czytelny podpis)