

Załącznik Nr 1
do Regulaminu przyznawania pomocy
zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których
organem prowadzącym jest Gmina Bogatynia

**A. WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej**

Nazwisko i imię nauczyciela

Adres i nr telefonu.....

.....

Status nauczyciela (nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista, pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne).....

Szkoła, w której nauczyciel jest lub był ostatnio zatrudniony

.....

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wnioskuje o przyznanie pomocy zdrowotnej z tytułu poniesionych kosztów leczenia.

Przyznane świadczenie proszę przekazać na rachunek bankowy (nazwa banku i numer rachunku)

.....

.....

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie i wskazaniach dot. leczenia (wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej),

- 2) oryginały imiennych dokumentów (rachunków, faktur), potwierdzających poniesienie kosztów leczenia (za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku),
- 3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny,
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy (wymienić, dołączyć potwierdzone kserokopie):

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

Informuję, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Burmistrz Miasta i Gminy Bogatynia z siedzibą w Bogatyni, ul. Daszyńskiego 1, 59-920 Bogatynia (e-mail: umig@bogatynia.pl), zwany dalej Administratorem;
2. dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w Urzędzie Miasta i Gminy Bogatynia w celu stosownej rejestracji Pani/Pana sprawy a następnie celem jej załatwienia w ramach posiadanych przez Administratora kompetencji i sprawowanej przez niego władzy publicznej, w tym wypełnienia ciążącego na nim obowiązku prawnego, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) lub lit. e) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO;
3. podanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne w celu załatwienia Pani/Pana sprawy,
4. posiada Pani/Pan prawo do:
 - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,
 - przenoszenia danych osobowych,
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny dla załatwienia Pani/Pana sprawy, a po tym okresie – przez czas oraz w zakresie wymaganym przepisami prawa.

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: iod@bogatynia.pl

Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych

Imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę

Data i miejsce

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z podaną klauzulą informacyjną w celu weryfikacji wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

.....
podpis osoby wyrażającej zgodę

B. INFORMACJA DYREKTORA SZKOŁY:

Potwierdza się, że Pan(i)

jest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.:

1) jest nauczycielem zatrudnionym w

w łącznym wymiarze etatu;

2) jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w.....

.....

3) jest byłym nauczycielem zlikwidowanej szkoły

.....,

pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany w

.....

.....

(pieczęć szkoły)

.....

(data i podpis dyrektora)

C. DECYZJA BURMISTRZA MIASTA I GMINY BOGATYNIA:

Działając na podstawie uchwały nr Rady Miejskiej w Bogatyni z dniar. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania, po rozpoznaniu wniosku oraz w oparciu o załączoną do wniosku dokumentację, postanawiam, co następuje:

Przyznaję* Pani(u) świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej, w wysokości: zł (słownie:)

Nie przyznaję* Pani(u) świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej z powodu (uzasadnienie):
.....
.....
.....

* niewłaściwe skreślić

.....
(data i podpis Burmistrza)