

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
Wnioskodawca (nazwisko i imię)

.....
Adres i numer telefonu

.....
Szkoła, w której jest lub był zatrudniony

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego.

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie,
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (faktury w oryginale),
3. Oświadczenie o dochodach, przypadających na 1 członka rodziny,
4. Inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie)

.....
.....

.....
Data i podpis wnioskodawcy

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych dokumentach, w związku z procedurą przyznawania pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781)

.....
Miejscowość, data, czytelny podpis

*termin składania wniosków do 30 listopada

Opinia Komisji

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

.....

.....

.....

Członkowie Komisji

Opinia dyrektora

.....
.....

.....

Data i podpis dyrektora

Załącznik 2 do Regulaminu przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

.....
Nazwisko i imię wnioskodawcy

.....
Nauczyciel/ nauczyciel emeryt

OŚWIADCZENIE O SYTUACJI FINANSOWEJ WNIOSKODAWCY

Członkowie rodziny, pozostający we wspólnym gospodarstwie:

Lp.	Nazwisko i imię	Wiek*	Stopień pokrewieństwa	Miejsce pracy/nauki	Wysokość dochodu brutto**
1.	Wnioskodawca				
2.					
3.					
	Razem				

Dochód na 1 członka rodziny miesięcznie..... (średniomiesięcznie z 3 miesięcy)

* dotyczy dzieci,

** wysokość dochodu ze wszystkich źródeł podlegających lub niepodlegających podatkowaniu, uzyskanych w ciągu ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających złożenie wniosku o pomoc zdrowotną.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego, za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

**Klauzula informacyjna na potrzeby korzystania ze świadczeń Funduszu zdrowotnego
dla nauczycieli/ byłych nauczycieli**

Nawiązując do treści 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej RODO (Dz. Urz. UE.L nr 119, str. 1), pracodawca informuje:

1. Administratorem danych osobowych, w rozumieniu art 4 pkt 7 RODO jest pracodawca-**Zespół Szkół Chemicznych i Przemysłu Spożywczego w Lublinie, 20-059 Lublin, Al. Raławickie 7**
2. Kontakt z Inspektorem ochrony danych osobowych : **zships@iod.lublin.eu**
3. Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu realizacji zadań pracodawcy – administratora w związku z prowadzoną przez niego działalnością na podstawie przepisów Ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r.–Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r., poz. 2215)
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych na potrzeby zdrowotne jest z art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r.–Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r., poz. 2215),
5. Dane osobowe są przechowywane przez okres nie dłuższy niż jest to niezbędne w celu przyznania świadczenia z Funduszu oraz ustalenia ich wysokości, a także przez okres dochodzenia do nich praw lub roszczeń.
6. Osoba której dane są przetwarzane ma prawo do dostępu do treści swoich danych osobowych, żądania ich sprostowania lub usunięcia, na zasadach określonych w art. 15 – 17 RODO.
7. Osoba której dane są przetwarzane ma prawo do ograniczenia przetwarzania, w przypadkach określonych w art. 18 RODO.
8. Osoba której dane są przetwarzane ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Udostępnienie danych osobowych jest konieczne do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych.

Lublin,.....

.....

Podpis czytelny wnioskodawcy