

Załącznik nr 1
do Regulaminu gospodarowania środkami
finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną
dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których
organem prowadzącym jest Gmina Kamień
Pomorski

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy (opcjonalnie)	

2. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA

Szkoła, w której ubiegający się o pomoc nauczyciel jest lub był zatrudniony			
Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku (właściwe zaznaczyć „X”)			
☐ czynny zawodowo	☐ rencista/emeryt	☐	☐ nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

3. UZASADNIENIE WNIOSKU

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli z powodu:

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

(należy wskazać przyczynę ubiegania się o świadczenie, zgodnie z §4 ust.1 Regulaminu)

4. DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY (właściwe zaznaczyć „X”)

☐	Zaświadczenie lekarskie, orzeczenie o niepełnosprawności, zaświadczenie od lekarza lub optometrysty w przypadku okularów lub soczewek kontaktowych potwierdzające leczenie związane z przewlekłą chorobą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki, stosowanie leków, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przez datą złożenia wniosku;
☐	imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia, wystawione nie wcześniej niż 1 listopada roku poprzedzającego złożenie wniosku-..... szt.;

	oświadczenie o wysokości dochodów netto ze wszystkich źródeł przypadających na jednego członka rodziny za okres trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.
	inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie):

5. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

Świadczenie przyznane z Funduszu Zdrowotnego w ramach pomocy zdrowotnej proszę przekazać na moje konto nr :.....

Oświadczam, że w zakresie objętym niniejszym wnioskiem nie uzyskałam/łem refundacji od innego podmiotu

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

6. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSBOWYCH

1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej oraz w załączonych do niego dokumentach, przez Gminę Kamień Pomorski, ul. Stary Rynek 1, 72-400 Kamień Pomorski, wyłącznie w celu jego realizacji;

2) Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie 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), informujemy, że:

- Administratorem danych osobowych jest Burmistrz Kamienia Pomorskiego, ul. Stary Rynek 1, 72-400 Kamień Pomorski.
- Inspektorem ochrony danych osobowych jest p. Dariusz Łydziński – dariusz@4itsecurity.pl, tel. 607-603-890.
- Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, tj. z uwagi na niezbędność wykonywania zadań realizowanych w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej.
- Państwa dane osobowe mogą być przekazane podmiotom przetwarzającym dane w imieniu administratora, obsługującym lub udostępniającym systemy i narzędzia teleinformatyczne, upoważnionym pracownikom Urzędu Miejskiego w Kamieniu Pomorskim, a także odbiorcom danych osobowych m.in. organom państwowym lub organom samorządu terytorialnego, sądom, innym organom sprawiedliwości, operatorom pocztowym.
- Dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do realizacji zadań w interesie publicznym lub w ramach wykonywania władzy publicznej, maksymalnie przez okres niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń, a wynikających z przepisów prawa.
- Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
- Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu.
- Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych w razie uznania, że przetwarzania państwa danych osobowych narusza przepisy prawa.

Załącznik nr 2
do Regulaminu gospodarowania środkami
finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną
dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których
organem prowadzącym jest Gmina Kamień
Pomorski

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy (opcjonalnie)	
Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód netto* z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniósł w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę (słownie:)	
Sposób wyliczenia:	
1. Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)	
2. Dochód nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną, z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.	zł
3. Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	zł
4. Łączny dochód rodziny uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzający złożenie wniosku (poz.2+poz. 3)	zł
5. Średni miesięczny dochód przypadający na jednego członka rodziny (poz.4 tj. łączny dochód rodziny podzielony przez poz.1 tj. liczbę osób w rodzinie i podzielony przez 3 miesiące)	zł

Pouczenie:

*Dochód netto, tj. dochód pomniejszony o składki na ubezpieczenie zdrowotne, społeczne oraz zaliczki na podatek dochodowy. Do dochodu wlicza się m.in. wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, emerytury, renty, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy cywilnoprawne: umowy zlecenia, umowy o dzieło, dochody z majątku rodziny (czynsze najmu i dzierżawy).

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia dyrektor szkoły

Potwierdzam, że Pan/Pani.....
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, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w
.....
3. jest byłym nauczycielem zlikwidowanej szkoły
pobierającym emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, na którego odpis na ZFŚS jest naliczany w

.....

.....

(pieczęć szkoły)

(data i podpis dyrektora)

Decyzja Burmistrza Kamienia Pomorskiego

Po zapoznaniu się z wnioskiem

Przyznaję Panu/Pani

Świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości:

..... zł

(słownie złotych):

.....).

Nie przyznaję Panu/Pani

Uzasadnienie (w przypadku decyzji odmownej)

.....

.....

.....

.....

.....

(podpis Burmistrza Kamienia Pomorskiego)