

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

### **Wnioskodawca:**

imię i nazwisko .....

adres zamieszkania .....

telefon .....

szkoła, w której nauczyciel jest/był zatrudniony<sup>1</sup> .....

.....

nr rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną

.....

<sup>1</sup>niepotrzebne skreślić

### **UZASADNIENIE**

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

### **OŚWIADCZENIE O DOCHODACH**

Liczba osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym) .....

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę\* pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym\*\* z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, (wliczając dochód nauczyciela) wynosi ..... zł\*\*\*

.....

(miejsce i data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

\*osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące

\*\*jako wspólne gospodarstwo domowe rozumie się wspólne dysponowanie i zarządzanie mieniem i dochodami oraz wykonywanie innych czynności z zakresu prowadzenia gospodarstwa domowego, w tym wykonywanie codziennych czynności na rzecz osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe i wspólnie zamieszkujących, poprzez zaspokajanie potrzeb życiowych i ścisłą współpracę w prowadzeniu gospodarstwa domowego

\*\*\* suma dochodów wszystkich osób w gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), pomniejszonych o składki na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne oraz podatek należny, uzyskanych w ciągu 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną, podzielona przez 3 miesiące i przez liczbę osób w rodzinie)

**W załączeniu:**

1. Zaświadczenie lekarskie.
2. Oryginały imiennych faktur lub rachunków potwierdzające poniesione wydatki.
3. Zaświadczenie o dochodzie netto z miejsca pracy z ostatnich 3 miesięcy.
4. Ostatni odcinek emerytury / renty / nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego lub kserokopia decyzji ZUS.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**dotycząca przetwarzania danych osobowych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej**

Zgodnie z 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) dalej „RODO” informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Gminy Chełm jest Wójt Gminy Chełm. Adres kontaktowy: 22 - 100 Pokrówka, ul. Gminna 18.
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych możliwy jest pod nr tel.: 82 575 02 49 lub pod adresem e-mail: iod@gminachelm.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela, ustawą z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym i uchwałą Nr LXI/587/2023 Rady Gminy Chełm z dnia 28 lutego 2023 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania oraz art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. b RODO.
4. Pani/Pana dane osobowe przekazywane będą wyłącznie organom lub podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom przetwarzającym dane w imieniu administratora danych w związku z zawartą umową powierzenia przetwarzania danych, w tym do Biura Obsługi Szkół Gminy Chełm, Komisji Zdrowotnej, bankom.
5. Dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z kategoriami archiwalnymi, o których mowa w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (5 lat).
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania i ograniczenia przetwarzania.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych osobowych uniemożliwi wykonanie celu określonego w pkt 3.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy przetwarzanie danych osobowych dokonywane jest z naruszeniem przepisów o ochronie danych.
9. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej, nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały profilowaniu.