

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO NA POMOC ZDROWOTNĄ
DLA NAUCZYCIELI ORAZ NAUCZYCIELI EMERYTÓW I RENCISTÓW
KORZYSTAJĄCYCH Z OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Wypłynęło dnia	
Numer ewidencyjny wniosku	Uwagi i podpis pracownika przyjmującego wniosek

WNIOSKODAWCA (właściwe należy zaznaczyć)

- ☐ NAUCZYCIEL CZYNNY ZAWODOWO
- ☐ NAUCZYCIEL EMERYT/ NAUCZYCIEL RENCISTA/ NAUCZYCIEL OTRZYMUJĄCY ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE

Imię (imiona) i Nazwisko wnioskodawcy

PESEL Nr telefonu

Miejsce zamieszkania (dokładny adres):

Preferowana forma odbioru świadczenia (właściwe należy podkreślić):

- 1) odbiór gotówki we wskazanej placówce banku lub kasie Urzędu Miasta Bydgoszczy
- 2) przelew środków na rachunek bankowy

NR rachunku bankowego wnioskodawcy na który ma być przelana kwota świadczenia:

[illegible]

A. Ostatnie miejsce zatrudnienia, staż pracy pedagogicznej, stanowisko:

Ostatni raz korzystałem z zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną w: roku

B. Potwierdzenie zatrudnienia (wypełniają tylko nauczyciele czynni zawodowo)

pieczęć zakładu pracy

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 „RODO”) oświadczam, że zostałam/em poinformowany o zasadach przetwarzania moich danych osobowych oraz przysługujących mi prawach.

podpis wnioskodawcy

SYTUACJA MATERIALNA

Przeciętny dochód członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł osiągniętych w okresie trzech miesięcy bezpośrednio poprzedzających miesiąc złożenia wniosku i informacja o członkach rodziny

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Miejsce pracy- nauki	Przeciętna miesięczna wysokość dochodu netto w zł.
Łączny przeciętny miesięczny dochód netto w rodzinie					
Ilość osób w rodzinie					
Przeciętny dochód netto na osobę w rodzinie					

ZALĄCZNIKI DO WNIOSKU –dokumenty potwierdzające:

- ☐ leczenie tj. aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z ciężką lub przewlekłą chorobą, aktualny wypis z leczenia szpitalnego, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, leczenie specjalistyczne, konieczność zapewnienia choremu nauczycielowi dodatkowej opieki;
- ☐ poniesione koszty korzystania z opieki zdrowotnej (faktury, rachunki za leczenie, zakup sprzętu, leków, badania specjalistyczne);
- ☐ inne

UZASADNIENIE WNIOSKU

- charakterystyka choroby, przebieg i koszty leczenia itp.

.....

.....

.....

.....
Podpis wnioskodawcy

Pouczenie

Uprowadza się wnioskodawcę, że złożenie we wniosku fałszywych danych grozi odpowiedzialnością karną wynikającą z artykułu 247 kodeksu karnego.

Wniosek sprawdzono pod względem formalno-rachunkowym.

.....
podpis pracownika zespołu

.....
data

Opinia komisji rozpatrującej wniosek o zasiłek pieniężny:

.....
podpisy członków komisji

.....
data

.....
podpis przewodniczącego komisji

Decyzja Prezydenta Miasta Bydgoszczy:

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej, w wysokości: zł

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej (uzasadnienie)

.....

.....
data

.....
podpis

Klauzura informacyjna

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pana/Pani danych osobowych oraz przysługujących Pani/Panu prawach.

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest:

Gmina Miasto Bydgoszcz z siedzibą przy ul. Jezuickiej 1, 85-102 Bydgoszcz

2. W sprawach związanych z ochroną swoich danych osobowych możecie się Państwo kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych za pomocą e-mail:

iod@um.bydgoszcz.pl;

lub pisemnie na adres:

Urząd Miasta Bydgoszczy, Inspektoriat Ochrony Danych, ul. Jezuicka 1, 85-102 Bydgoszcz

3. Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, związanego z wypłatą środków finansowych z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną, o których mowa w art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela.
4. Podanie danych osobowych jest wymagane na podstawie przepisów prawa:
 - ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 967),
 - uchwały Nr XLIII/896/17 Rady Miasta Bydgoszczy z dnia 26 kwietnia 2017 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.
5. Niepodanie danych osobowych wymaganych na podstawie przepisów prawa będzie skutkować brakiem możliwości wszczęcia sprawy lub wydaniem decyzji o odmowie załatwienia wnioskowanej sprawy.
6. Państwa dane osobowe będą udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.
7. Do Państwa danych osobowych mogą mieć dostęp, wyłącznie na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania, podmioty zewnętrzne realizujące usługi na rzecz Urzędu Miasta Bydgoszczy, w szczególności firmy informatyczne świadczące usługi utrzymania i rozwoju systemów informatycznych.
8. Państwa dane osobowe przetwarzane będą przez okres co najmniej 5 lat licząc od końca roku, w którym nastąpiła wypłata świadczenia, bądź w okresie dłuższym niż 5 lat w przypadku wskazań przeprowadzającej ekspertyzy.
9. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych jesteście Państwo uprawnieni do:
 - a. Dostępu do swoich danych osobowych.
 - b. Poprawienia swoich danych osobowych.
 - c. Wniesienia żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych wyłącznie do ich przechowywania w przypadku:
 - i. zakwestionowania prawidłowości danych osobowych lub podstawy prawnej ich przetwarzania,
 - ii. potrzeby zapobieżenia usunięcia Państwa danych osobowych, pomimo wygaśnięcia prawnego tytułu do ich przetwarzania przez Urząd Miasta Bydgoszczy, w celu umożliwienia Państwu ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
 - d. Wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
Podpis

