WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

dla nauczycieli, nauczycieli emerytów i rencistów

.....
(miejscowość i data)

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy: .....

2. Adres zamieszkania: .....

3. Telefon kontaktowy / e-mail: .....

4. Status:

☐ nauczyciel czynny ☐ nauczyciel emeryt ☐ nauczyciel rencista ☐ inny uprawniony: .....

5. Miejsce zatrudnienia / ostatnie miejsce zatrudnienia:

.....

6. Stanowisko / okres zatrudnienia (jeśli dotyczy):

.....

7. Proszę o przyznanie pomocy zdrowotnej w formie:

☐ jednorazowego świadczenia pieniężnego

8. Uzasadnienie wniosku (opis sytuacji zdrowotnej i potrzeby udzielenia pomocy; bez podawania zbędnych szczegółów):

.....

.....

.....

.....

9. Zestawienie poniesionych wydatków związanych z leczeniem lub rehabilitacją

Proszę wpisać wydatki, których zwrotu lub dofinansowania dotyczy wniosek.

Lp.	**Rodzaj wydatku (np. leki, badania, zabiegi, rehabilitacja)**	**Data / okres**	**Kwota (zł)**	**Dokument / załącznik**
1				
2				
3				
4				
5				
ŁĄCZNA KWOTA WYDATKÓW		**..... zł**		

Wzór do dostosowania do regulaminu i podstaw prawnych obowiązujących u administratora.

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne z prawdą, a wskazane wydatki zostały poniesione przeze mnie / dotyczą mojego leczenia. Przyjmuję do wiadomości, że przyznanie pomocy oraz jej wysokość zależą od zasad określonych w regulaminie obowiązującym u pracodawcy / organu prowadzącego.

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych zamieszczoną poniżej.

KLAUZULA INFORMACYJNA – PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

1. Dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku, ustalenia prawa do pomocy zdrowotnej, przyznania świadczenia i jego rozliczenia, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c lub e RODO – w zakresie właściwym dla administratora – oraz przepisów regulujących pomoc zdrowotną nauczycieli, w szczególności art. 72 Karty Nauczyciela i właściwych przepisów lokalnych.
2. Dane dotyczące zdrowia, w tym informacje zawarte w zaświadczeniach lub dokumentach potwierdzających leczenie, są szczególną kategorią danych. Będą przetwarzane wyłącznie w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia wniosku, na właściwej podstawie z art. 9 ust. 2 RODO oraz przepisów prawa. Administrator powinien wskazać i udokumentować właściwą podstawę prawną dla konkretnej procedury.
3. Odbiorcami danych mogą być wyłącznie upoważnione osoby i podmioty przetwarzające dane na zlecenie administratora, a także podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa.
4. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do rozpatrzenia wniosku, a następnie przez okres wynikający z przepisów o archiwizacji i instrukcji kancelaryjnej obowiązującej administratora.
5. Przysługuje Pani/Panu – w granicach i na zasadach określonych w RODO – prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Prawo do usunięcia danych, przenoszenia danych lub sprzeciwu może nie przysługiwać, jeżeli podstawą przetwarzania jest obowiązek prawny lub wykonywanie zadania publicznego.
6. Podanie danych jest niezbędne do rozpatrzenia wniosku w zakresie określonym przepisami i regulaminem. Niepodanie wymaganych danych lub dokumentów może uniemożliwić rozpatrzenie wniosku. Dane nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania.

Podpis wnioskodawcy: .....