

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania, numer telefonu oraz e-mail

.....
Ostatnia szkoła/placówka, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

.....
Nr rachunku bankowego, na który ma być przekazana zapomoga, w przypadku jej przyznania

Uzasadnienie:

.....
Data i podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że średni miesięczny dochód (z ostatni trzech miesięcy), poprzedzających okres ubiegania się o pomoc zdrowotną, przypadający na jednego członka rodziny w moim gospodarstwie domowym składającym się z osób, wynosi zł brutto.

Oświadczam, że w ubiegłym roku korzystałem/nie korzystałem (niepotrzebne skreślić) z zapomogi na pomoc zdrowotną, w wysokości zł.

Oświadczam, że w bieżącym roku korzystałem/nie korzystałem (niepotrzebne skreślić) z zapomogi na pomoc zdrowotną, w wysokości zł.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej*

.....
Data i podpis wnioskodawcy

Załączniki:

- a) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia wnioskodawcy
- b) dokumenty poświadczające koszty leczenia (faktury, rachunki imienne itp.)

*INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 29 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 95/45/WE informuję, że Starosta Poznański na podstawie art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018 r. poz. 967 z późn. zm.) oraz art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozrządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. przetwarza dane osobowe w celu realizacji zadań wynikających z przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, nauczycieli emerytów i rencistów szkół i placówek prowadzonych przez Powiat Poznański.

Jednocześnie informuję, że:

- 1) wyznaczono inspektora danych osobowych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail iod@powiat.poznan.pl lub pisemnie na adres: Starostwa Powiatowego w Poznaniu, ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań;
- 2) do danych osobowych i szczególnych kategorii danych osobowych (takich jak zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia, dokumenty poświadczające koszty leczenia) będą mieli dostęp uprawnieni pracownicy Starostwa Powiatowego w Poznaniu, a także przedstawiciele Komisji ds. przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz nauczycieli emerytów i rencistów szkół i placówek prowadzonych przez Powiat Poznański;
- 3) dane, po zrealizowaniu celu dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania przez Administratora;
- 4) Pani/Pan, których dane te dotyczą, ma prawo do:
 - a. dostępu do swoich danych osobowych; żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe, żądania usunięcia danych, gdy dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane lub dane przetwarzane są niezgodnie z prawem;
 - b. żądania ograniczenia przetwarzania, gdy osoby te kwestionują prawidłowość danych; przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych, Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia dochodzenia lub obrony roszczeń.
- 5) ma Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 6) podanie danych jest wymogiem ustawowym;
- 7) dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu;
- 8) odbiorcami danych są podmioty określone w przepisach prawa.

Wyrażam zgodę

.....
Podpis wnioskodawcy

Opinia dyrektora szkoły (placówki):

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data i podpis dyrektora szkoły (placówki)

Opinia Komisji i proponowana wysokość pomocy finansowej:

.....

.....

.....

.....

.....

Skład Komisji powołanej Uchwałą Nr Zarządu Powiatu w Poznaniu z dnia

- | | | |
|----|---|-------|
| 1. | Przewodniczący Komisji | |
| 2. | Przedstawiciel Rady Powiatu w Poznaniu | |
| 3. | Przedstawiciel Rady Powiatu w Poznaniu | |
| 4. | Przedstawiciel Związku Nauczycielstwa Polskiego | |
| 5. | Przedstawiciel NSZZ „Solidarność” | |
| 6. | Pracownik Wydziału Edukacji | |

.....
Data i podpis przewodniczącego