

Załącznik nr 1
do uchwały nr VI/54/19
Rady Gminy Sędziejowice
z dnia 28 marca 2019 r.

WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO NA POMOC ZDROWOTNĄ

.....
(imię i nazwisko nauczyciela)
.....
(adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy)
.....
(status nauczyciela na dzień złożenia wniosku: nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista, pobierający
nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)
.....
(nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest lub był ostatnio zatrudniony)

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi pomocy zdrowotnej, wynikającej z poniesionych w roku
kosztów leczenia/zakupu w wysokości zł
(słownie:.....),
udokumentowanych załączonymi dowodami (rachunkami, fakturami).

Złożenie wniosku uzasadniam:

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

Z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w rokuz powodu:

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

Proszę wskazać sposób wypłaty zapomogi (właściwe podkreślić, uzupełnić):

- Numer rachunku bankowego:
- Kasa Urzędu Gminy w Sędziejowicach, ul. Wieluńska 6.

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie i wskazaniach dotyczących leczenia;
- 2) imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione koszty leczenia lub zakupu (za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku);
- 3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela;
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić):

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

Przyznana wysokość świadczenia:

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

.....
(data i podpis Wójta lub osoby upoważnionej)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Gmina Sędziejowice reprezentowana przez Wójta Gminy, ul. Wieluńska 6, 98-160 Sędziejowice, tel.: 43 677 10 02,
e-mail: sedziejowice@zgwrp.org.pl

2) Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych: iod@gminasedziejowice.pl.

3) Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jaki realizuje Administrator jest udzielenie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli dla których organem prowadzącym jest Gmina Sędziejowice. Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie przepisów prawa, które określa art. 6 ust. 1c ROZPORZĄDZENIE 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 (Dz.U.UE.L.2016.119.1 z dnia 2016.05.04).

4) Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom świadczącym nadzór nad oprogramowaniem przetwarzającym dane.

5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

6) Pani/Pana dane osobowe zawarte w treści będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji postępowania administracyjnego wszczętego ww. wnioskiem, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie zgodnym z ustawą z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018r. poz. 217 z późn. zm.) oraz rozporządzeniem Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej.

7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich aktualizacji oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.

8) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do UODO, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy cyt. rozporządzenia.

9) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne jednak jest niezbędnym warunkiem do zrealizowania celu, o którym mowa w pkt 3. W ramach realizowanego przetwarzania nie występuje profilowanie.

Załącznik nr 2
do uchwały nr VI/54/19
Rady Gminy Sędziejowice
z dnia 28 marca 2019 r.

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O DOCHODACH BRUTTO
PRZYPADAJĄCYCH NA CZŁONKA RODZINY Z OSTATNICH 3 MIESIĘCY
POPRZEDZAJĄCYCH UBIEGANIE SIĘ O POMOC ZDROWOTNĄ**

Oświadczam, że miesięczny dochód brutto mojej rodziny wynosi:

- | | |
|--|-------|
| 1) Wysokość wynagrodzenia/emerytury/renty brutto | |
| 2) Inne dochody brutto osoby ubiegającej się o świadczenie | |
| 3) Dochody współmałżonka | |
| Ilość osób w rodzinie na utrzymaniu | |
| Średni miesięczny dochód brutto na osobę | |

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 z późn. zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(data i czytelny podpis nauczyciela)