

**WNIOSEK**  
**o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej**

**CZĘŚĆ I – WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**

1. ....  
*imię i nazwisko wnioskodawcy*
2. ....  
*adres zamieszkania wnioskodawcy*
3. ....  
*numer telefonu*
4. ....  
*jednostka systemu oświaty, w której wnioskodawca jest / był zatrudniony*
5. ....  
*status wnioskodawcy na dzień złożenia wniosku:*  
*czynny zawodowo, emeryt, rencista, pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne*

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

- a. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające leczenie związane z ciężką lub przewlekłą chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu medycznego lub środków pomocniczych, niezbędnych do wykonywania zawodu lub ułatwiających dalsze funkcjonowanie;
- b. Imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia związane z ww. jednostką chorobową lub koniecznością zakupu i użytkowania sprzętu wymienionego w pkt 1, z okresu 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku;
- c. Oświadczenie o wysokości dochodów.

Proszę o przyznanie mi świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej z powodu:

.....

.....

.....

.....

.....

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku.

.....  
**data, miejscowość**

.....  
**podpis wnioskodawcy**

## CZĘŚĆ II – WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY / PRZEDSZKOLA

Poświadcza się, że dane zawarte w pkt 4 i 5 części I wniosku są zgodne ze stanem powyższym.

.....  
data, miejscowość

.....  
pieczętka i podpis osoby poświadczającej

Poświadczenie danych zawartych w pkt 4 i 5 części I wniosku dokonują odpowiednio:

- a) w stosunku do nauczycieli czynnych zawodowo i pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne – dyrektor jednostki systemu oświaty, w której wnioskodawca jest zatrudniony
- b) w stosunku do nauczycieli emerytów i rencistów – dyrektor jednostki systemu oświaty, której opieką socjalną objęty jest wnioskodawca

### OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

#### WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód w moim gospodarstwie domowym wyliczony wg poniższego wzoru za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, w przeliczeniu na jedną osobę, wynosi ..... zł brutto (słownie złotych: .....  
.....  
..... brutto).

Oświadczenie składam w celu przyznania bezzwrotnego świadczenia finansowego w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, świadoma/y odpowiedzialności karnej za zatajenie prawdy i zeznanie nieprawdy, na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego (Dz.U.2021.2345).

#### WZÓR:

$(a : 3) : b =$  średni dochód za okres 3 miesięcy w przeliczeniu na 1 osobę

gdzie:

**a** – suma dochodów w rodzinie za okres 3 miesięcy

**b** – ilość osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Proszę o przekazanie świadczenia na rachunek bankowy:

nr .....

.....  
data, miejscowość

.....  
podpis wnioskodawcy

## WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

### Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Na podstawie 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), Dz.U.U.E.L.2016.119.1 (dalej: RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w związku z przyznawaniem świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i nauczycieli emerytów i rencistów jest Burmistrz Łądek-Zdrój, ul. Rynek 31, 57-540 Łądek-Zdrój.
2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych ma Pani/Pan możliwość skontaktować się z wyznaczonym przez Administratora Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Urzędzie Miasta i Gminy Łądek-Zdrój – Panem Igozem Falkiewiczem, adres email: [iod@ladek.pl](mailto:iod@ladek.pl), tel. 534 276 082.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celach wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, w tym w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej, organizacji wypłaty świadczeń, dokumentowania procesu rozpatrywania wniosku i wypłaty świadczeń, kontroli nad wydatkowaniem środków, ochrony praw i realizacji roszczeń oraz w celach archiwalnych.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, co jest niezbędne dla wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, które wynikają z art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U.2021.1762) oraz z uchwały Nr XXX/197/2012 Rady Miejskiej Łądek-Zdrój z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których tu mowa odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być :
  - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
  - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów zawartych z Gmina Łądek-Zdrój przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Burmistrz Łądek-Zdrój;
  - c) wskazany przez Panią/Pana bank w związku z realizacją płatności.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych wyżej celów nie dłuższy niż do rozpatrzenia wniosku i wypłaty świadczenia oraz czasu przechowywania na podstawie odrębnych przepisów prawa archiwizacyjnego.
7. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania w przypadkach określonych w art. 18 RODO.
8. Pani/Pana dane nie będą profilowane i przetwarzane automatycznie.
9. Pani/Pana dane nie będą przekazywane za granicę ani do organizacji międzynarodowych.
10. Jeśli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa, ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych, ul. Stawki 2, Warszawa, z tym że prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.
11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale bez nich nie jest możliwe rozpatrzenie wniosku.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis wnioskodawcy

### CZĘŚĆ III – WYPEŁNIA BURMISTRZ ŁĄDKA-ZDROJU

Burmistrz Łądko-Zdroju przyznaje pomoc zdrowotną Pani / Panu .....  
..... w wysokości: ..... zł  
(słownie złotych: .....).

**Burmistrz Łądko-Zdroju nie przyznaje pomocy zdrowotnej. Uzasadnienie decyzji:**

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

Łądek-Zdrój, .....  
data

.....  
pieczęć i podpis Burmistrza Łądko-Zdroju