

Zestawienie załączonych do wniosku dokumentów potwierdzających poniesione koszty na leczenie i rehabilitację:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)

Zestawienie załączonych dokumentów potwierdzających dokonane wydatki na cele zdrowotne. Powinny zawierać kwotę poniesionych wydatków, datę, rodzaj wydatku, imię i nazwisko wnioskodawcy.

Zestawienie dokumentów potwierdzających uprawnienia i potrzebę przyznania pomocy z funduszu zdrowotnego nauczycieli:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

(miejsowość, data)

(czytelny podpis nauczyciela)

Oświadczenie o sytuacji materialnej nauczyciela

.....
(imię i nazwisko nauczyciela)

.....
(adres)

Liczba osób w rodzinie:

.....

(dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe zamieszkujących razem i utrzymujących się wspólnie łącznie z wnioskodawcą)

Oświadczenie o dochodach

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi:

..... zł (słownie zł))

(Wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu. Do dochodu wlicza się: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną)

(miejsowość, data)

(czytelny podpis nauczyciela)

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY* na przetwarzanie moich danych osobowych w procedurze przyznania pomocy zdrowotnej. Jednocześnie zostałam/-łem poinformowana /-y, że złożenie przeze mnie dokumentów dotyczących stanu zdrowia oraz sytuacji majątkowej mojej rodziny jest dobrowolne, ale niezbędne do uzyskania świadczenia przyznania pomocy pieniężnej, ponieważ nie przedłożenie tych dokumentów może skutkować odmową przyznania pomocy zdrowotnej (podstawa prawna art. 9 ust. 2 lit. a RODO)

.....

(data i podpis nauczyciela)

*niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych:

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) (Dz. Urz. UE L119/1 z 4 maja 2016 r. z późn. zm.), informuje się, że:

1. Administratorem danych osobowych przekazanych przez nauczyciela jest Starosta Turecki, z siedzibą przy ulicy Kaliskiej 59, 62-700 Turek.
2. Inspektorem ochrony danych osobowych jest: Robert Wojdyła, iod@powiat.turek.pl, tel. 63 2223207.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu prowadzenia spraw związanych z udzielaniem pomocy zdrowotnej nauczycielom na podstawie art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U. 2023 r. poz. 984 ze zm.).
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest zgoda wyrażona przez nauczyciela – podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO oraz art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze.
5. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa.
6. Dane osobowe przechowywane będą zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez przepisy powszechnie obowiązujące przez okres 5 lat.
7. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do uzyskania świadczenia, ponieważ nieprzedłożenie dokumentów zgodnie z Uchwałą Nr IX/59/2024 Rady Powiatu Tureckiego z dnia 23 października 2024 r. może skutkować odmową przyznania pomocy zdrowotnej.
8. Osoba przekazująca swoje dane ma prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
9. Osoba przekazująca swoje dane ma prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania a także prawo do przenoszenia danych osobowych.
10. Osoba przekazująca swoje dane ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Administrator nie przewiduje wykorzystania danych w celach innych niż wynikające ze złożenia i rozpatrzenia wniosku oraz dokonania ewentualnej wypłaty świadczenia pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.
12. Podane dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będzie wobec nich stosowane profilowanie.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że znane mi są przepisy ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. poz. 1000 ze zm.) jak i rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) (Dz. Urz. UE L119/1 z 4 maja 2016 r. z późn. zm.) zobowiązuję się do przestrzegania ich postanowień oraz zachowania w tajemnicy wszystkich danych, do których miałam/em dostęp w związku z pracami w Komisji ds. funduszu zdrowotnego nauczycieli.

Członkowie Zespołu ds. wsparcia procedowania wniosków funduszu zdrowotnego nauczycieli:

Imię i Nazwisko

Podpis

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Turek, 2025 r.