

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1.
(nauczyciel - imię i nazwisko)

2.
(adres zamieszkania i nr telefonu)

3.
(numer rachunku bankowego wnioskodawcy)

.....

4. Nazwa szkoły , w której nauczyciel jest lub był zatrudniony
.....

5. Uzasadnienie potwierdzające fakt korzystania z opieki zdrowotnej (zgodnie z wydanym zaświadczeniem lekarskim) oraz opis ponoszonych kosztów związanych z leczeniem
.....
.....
.....
.....
.....

6. Załączniki :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Świadomy(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k za fałszywe zeznanie lub zatajenie prawdy oświadczam, iż przedstawione we wniosku informacje są prawdziwe, a ponadto oświadczam, że załączone w pkt 6 dokumenty potwierdzają fakt korzystania przeze mnie z opieki zdrowotnej i są merytorycznie powiązane z opisem zawartym w pkt 5 niniejszego wniosku.

8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (ustawa z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych, tj. Dz. U z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)

9. Miejscowość , dnia

Data i podpis wnioskodawcy

10. Ja niżej podpisany dyrektor (nazwa szkoły)
potwierdzam spełnianie przez wnioskodawcę wymogów określonych w § 4 Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

(data , pieczęć i podpis)

11. Opinia Komisji ds. rozpatrywania wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej

Komisja opiniuje pozytywnie/negatywnie* złożony wniosek i proponuje przyznać świadczenie w wysokości zł, słownie (.....)

(odmówić przyznania świadczenia*)

Uzasadnienie :

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

12. Podpisy członków Komisji ds. rozpatrywania wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej.

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

13. Przyznaję świadczenie w kwocie : zł (słownie:.....)
.....)

Data i podpis Burmistrza

***niepotrzebne skreślić**

Informacja dotycząca przetwarzania Pana/Pani danych osobowych.

- Administratorem zbieranych i przetwarzanych Pani/ Pana danych osobowych jest Urząd Miejski w Krynkach ul. Garbarska 16, 16-120 Krynki reprezentowany przez Burmistrz Krynki. Może Pan/Pani skontaktować się z Administratorem osobiście, poprzez korespondencję tradycyjną lub telefonicznie pod numerem telefonu 85 7228550.

- W celu uzyskania informacji dotyczących przetwarzanych przez UM danych osobowych może się Pan/Pani skontaktować z naszym Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem korespondencji e-mail kierowanej na adres: iod_um_krynki@podlaskie.pl

- Pana/Pani dane osobowe zebraliśmy na podstawie przyjętych wniosków i prowadzonej z Panem/Panią korespondencji. Dodatkowo dane te mogą być uzupełniane o dane osobowe pochodzące z innych źródeł – od organów administracji publicznej, w szczególności z centralnych systemów informatycznych.

- Zbierane dane osobowe będą przetwarzane w celu Przyznania Pomocy Zdrowotnej wynikającej z Uchwały nr XXX/174/10 Rady Miejskiej w Krynkach z dnia 29 czerwca 2010 r. w sprawie przyjęcia regulaminu określającego tryb oraz szczegółowe zasady i warunki przyznawania świadczeń ze środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zwanych dalej Funduszem Zdrowotnym oraz Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego. Przetwarzanie tych danych jest niezbędne do prawidłowego i sprawnego przebiegu wydania decyzji o przyznaniu Pomocy Zdrowotnej oraz zadań publicznych realizowanych przez Urząd Miejski.

- Pana/Pani dane osobowe będą przekazywane uprawnionym instytucjom w szczególności na podstawie obowiązujących przepisów prawa. W usprawiedliwionych przypadkach dane te mogą być udostępnione, na podstawie umów gwarantujących bezpieczeństwo danych osobowych, instytucjom świadczącym usługi serwisowe, gwarancyjne oraz wsparcia merytorycznego/organizacyjnego.

- Pana/ Pani dane osobowe będziemy przetwarzać przez okres niezbędny do zrealizowania zadania lub zadań w związku z którymi zostały zebrane. Po zakończeniu realizacji tych zadań dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celach archiwalnych zgodnie z obowiązującą w jednostce instrukcją archiwalną.

- Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści podanych danych oraz możliwość ich uzupełnienia i aktualizowania. Ma Pan/Pani prawo żądać ograniczenia przetwarzania danych.

- Przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku przetwarzania zebranych danych osobowych w sposób sprzeczny z rozporządzeniem RODO.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych

w celu przyznania Pomocy Zdrowotnej.

Zostałem zapoznany z informacjami dotyczącymi przetwarzania moich danych osobowych.

.....

data i podpis osoby składającej wniosek