

WNIOSEK

o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty oraz nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

1. Imię i nazwisko
2. Nr PESEL
3. Adres zamieszkania
4. Telefon
5. Nazwa placówki
6. Stanowisko

-
7. Potwierdzenie wniosku przez dyrektora placówki / szkolną komisję socjalną:

Rozdział klasyfikacji budżetowej

.....

Wrocław, dnia

.....
pieczęć jednostki oświatowej

.....
pieczęć i podpis dyrektora jednostki

-
8. Warunki materialne:

- a) miesięczne wynagrodzenie brutto nauczyciela wraz z dodatkami
- b) miesięczne wynagrodzenie brutto współmałżonka wraz z dodatkami
- c) inne dochody brutto (np. stypendia, alimenty)
- d) ilość osób w rodzinie średnia przypadająca na osobę

9. Uzasadnienie wniosku:

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

Przyznaną zapomogę proszę przekazać na moje konto osobiste:

nr

W celu wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Gminę Wrocław, należy zaznaczyć krzyżykiem „x” poniżej wskazane pole.

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie i podpowieranie moich danych osobowych zawartych we wniosku/formularzu, przez Gminę Wrocław, pl. Nowy Targ 1-8, 50-141 Wrocław, w celu przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty oraz nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

Przyjmuję do wiadomości, że dotyczące mnie dane osobowe zawarte w dobrowolnie złożonym przeze mnie wniosku/formularzu będą przetwarzane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.).

Oświadczam jednocześnie, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Gmina Wrocław;
- 2) dane będą przetwarzane w celu realizacji przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty oraz nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne;
- 3) podanie danych jest dobrowolne, jednakże odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty oraz nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania wraz z prawem do kontroli przetwarzania danych zawartych w zbiorze przysługuje zgodnie z art. 32 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.).

Wrocław, dnia

.....
podpis wnioskodawcy

Opinia lekarza o stanie zdrowia (pobyt w szpitalu, leczenie sanatoryjne, ambulatoryjne)

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

Wrocław, dnia

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

.....
pieczęć i podpis lekarza

Komisja zdrowotna przy Centrum Usług Informatycznych we Wrocławiu, ul. Namysłowska 8, 50-304 Wrocław, na posiedzeniu w dniu protokół nr przyznaje zapomogę z funduszu zdrowotnego w wysokości zł.