

WNIOSEK

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

1. Nazwisko i Imię
2. PESEL
3. Adres korespondencyjny
4. Telefon.....
5. Nazwa placówki
6. Stanowisko
7. Ilość osób w rodzinie

8. Miesięczny dochód* przypadający na jednego członka rodziny

*Miesięcznym dochodem rodziny jest: roczna suma dochodów wnioskodawcy, współmałżonka oraz innych członków rodziny na podstawie PIT-ów za ubiegły rok, a także roczny dochód z tytułu renty, emerytury i innych dochodów, po odliczeniu składek na ubezpieczenie społeczne, zgodnie z ustawą o podatku dochodowym, podzielone na 12 miesięcy i podzielone przez ilość osób w rodzinie.

9. Potwierdzenie wniosku przez dyrektora placówki:
Zaświadczam, że Pan/i jest nauczycielem, nauczycielem emerytem/rencistą, nauczycielem pobierającym świadczenie kompensacyjne (*niepotrzebne skreślić)

Rozdział klasyfikacji budżetowej

Wrocław, dnia
..... pieczęć pracodawcy pieczęćka imienna i podpis pracodawcy
lub osoby upoważnionej

10. Uzasadnienie wniosku przez wnioskodawcę:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

11. Przyznaną kwotę dofinansowania proszę przekazać (niepotrzebne skreślić)
- na konto nr

- do kasy CUI.

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – dalej RODO) niniejszym informujemy że:

- 1) administratorem Twoich danych osobowych jest Prezydent Wrocławia, pl. Nowy Targ 1-8, 50-141 Wrocław; kum@um.wroc.pl, 71 777 77 77,
- 2) wyznaczyliśmy inspektora ochrony danych. Jest nim Sebastian Sobacki. Inspektor ochrony danych to osoba, z którą możesz się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Twoich danych osobowych oraz korzystania z przysługujących Ci praw związanych z przetwarzaniem danych. Możesz się z nim kontaktować w następujący sposób:
 - listownie na adres: ul. G. Zapolskiej 4, 50-032 Wrocław,
 - przez e-mail: iod@um.wroc.pl,
 - telefonicznie: +48 71 777 77 24;
- 3) Twoje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty oraz nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne;
- 4) Twoje dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa - ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r., poz. 2215);
- 5) Twoje dane osobowe zostaną udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Dodatkowo Twoje dane osobowe mogą być udostępnione usługodawcom wykonującym zadania na zlecenie administratora w ramach świadczenia usług serwisu, rozwoju i utrzymania systemów informatycznych;
- 6) Twoje dane osobowe nie będą wykorzystywane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania, jak również nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 7) Twoje dane osobowe będą przetwarzane do czasu rozpatrzenia Twojego wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty oraz nauczyciela pobierającego świadczenie kompensacyjne, a w przypadku przyznania takiego świadczenia przez okres jednego roku od jego przyznania (tj. wydania decyzji w sprawie);
- 8) w związku z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przysługują Ci następujące prawa:
 - prawo dostępu do Twoich danych osobowych,
 - prawo żądania sprostowania Twoich danych osobowych (w tym uzupełnienia niekompletnych danych),
 - prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub ich usunięcia.Aby skorzystać z powyższych praw, skontaktuj się z Inspektorem Ochrony Danych (dane kontaktowe powyżej);
- 9) przysługuje Ci także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 10) podanie przez Ciebie danych osobowych 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.

Wrocław, dnia202.... r.

.....
podpis wnioskodawcy

12. Zaświadczenie lekarza o stanie zdrowia (pobyt w szpitalu, leczenie sanatoryjne, ambulatoryjne)

Nazwisko i imię lekarza:

Opis:

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

Wrocław, dnia202.... r.

.....
pieczęć placówki służby zdrowia

.....
pieczęć i podpis lekarza

Rozstrzygnięcie Komisji Zdrowotnej przy Centrum Usług Informatycznych we Wrocławiu

Komisja na posiedzeniu w dniu 2020 r. przyznała zapomogę z funduszu zdrowotnego w wysokości zł. (słownie złotych).

.....
podpis Przewodniczącego Komisji