

.....  
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(Adres zamieszkania i nr telefonu)

.....  
(Szkoła, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony)

**Dyrektor Zespołu  
Szkół Przyrodniczo-Biznesowych  
im. Jadwigi Dziubińskiej w Tarcach**

### **WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

**Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego.**

**Uzasadnienie:**

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (faktury, rachunki),
- 3) oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny,
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie)

.....  
.....  
Informacja odnośnie przetwarzania danych osobowych:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Szkół Przyrodniczo-Biznesowych im. Jadwigi Dziubińskiej w Tarcach, Tarce 19 63-200 Jarocin, tel. 62 747-24-43;
- 2) Inspektorem ochrony danych osobowych w Zespole Szkół Przyrodniczo Biznesowych w Tarcach jest Dr Bartosz Mendyk, kontakt: kancelaria@drmendyk.pl, tel. 507-054-139;
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w myśl przepisów RODO, tj. w celu realizacji postanowień regulaminu przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli Zespołu Szkół Przyrodniczo-Biznesowych im. Jadwigi Dziubińskiej w Tarcach opracowanego na podstawie art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela;
- 4) Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędnym do realizacji celu, dla którego zostały zebrane, a następnie w celach archiwalnych niezbędnych do realizacji obowiązków wynikających ze stosowanych przepisów;
- 5) Zgodnie z obowiązującymi przepisami osoba, której dane dotyczą ma prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych, sprostowania danych, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz przeniesienia danych, a jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody osoba, której dane dotyczą ma prawo do jej cofnięcia w danym momencie. Powyższe uprawnienia mogą być realizowane poprzez kontakt z Administratorem;

- 6) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym rozpatrzenia wniosku. Brak podania danych osobowych będzie skutkowało niemożliwością jego rozpatrzenia.
- 7) Dane osobowe nie są przetwarzane w celu automatycznego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

**Decyzja dyrektora szkoły:**

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej\*, w wysokości: .....zł

(słownie złotych: .....)

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej\* (uzasadnienie).....

.....  
.....

.....  
(data i podpis dyrektora)

\* niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE**  
**o sytuacji finansowej rodziny**

**Członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym:**

| <b>Lp.</b>   | <b>Nazwisko i imię</b> | <b>Wiek</b> | <b>Stopień pokrewieństwa</b>              | <b>Miejsce pracy/nauki</b> | <b>Wysokość dochodu brutto w zł*</b> |
|--|------------------------|-------------|---|----------------------------|--------------------------------------|
|  |                        |             | Nauczyciel,<br>którego dotyczy<br>wniosek |                            |                                      |
|  |                        |             |   |                            |                                      |
|  |                        |             |   |                            |                                      |
|  |                        |             |   |                            |                                      |
|  |                        |             |   |                            |                                      |
| <b>Łączny dochód rodziny</b><br>(suma dochodów osób w rodzinie)  |                        |             |   |                            |                                      |
| <b>Wysokość dochodu przypadająca na jednego członka rodziny</b><br>(dochód rodziny podzielony na liczbę osób w rodzinie) |                        |             |   |                            |                                      |

\*Wysokość dochodów ze wszystkich źródeł podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu uzyskanych w ciągu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej, zgodnie z art. 233§1 Kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis wnioskodawcy)