Załącznik nr 1 do Regulaminu

……

Pieczątka placówki

……...

miejscowość, data

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

Imię i nazwisko nauczyciela:	
Status nauczyciela oraz potwierdzenie wymiaru zatrudnienia lub przejścia na nw. świadczenia: • rencista/emeryt oraz data przejścia na emeryturę/rentę/nauczycielskie świadczenie kompensacyjne;	
• czynny oraz data zatrudnienia	
Adres zamieszkania i numer telefonu nauczyciela:	
Adres e-mail nauczyciela:	

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej w ramach środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną w wysokości ……..…zł.

Uzasadnienie:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Do wniosku załączam:

1) zaświadczenie od lekarza o chorobie nauczyciela wystawione w ciągu trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku lub w dniu składania wniosku;
2) kserokopię dokumentów potwierdzających poniesione koszty leczenia (oryginały do wglądu);
3) oświadczenie stanowiące Załącznik Nr 2 do regulaminu;
4) inne (wymienić jakie):

…….……

……..

czytelny podpis nauczyciela

Dane osób ubiegających się o świadczenie z tytułu pomocy zdrowotnej przetwarzane są na podstawie art. 72 ust. 1 w związku z art. 91 d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 1379) w związku z art. 23 ust.1 pkt. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

W związku z obsługą procedury przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Samorząd Województwa Łódzkiego, Departament Kultury i Edukacji Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego zbiera i przetwarza dane nauczycieli ubiegających się o świadczenie z tytułu pomocy zdrowotnej. Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Departament Kultury i Edukacji Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego informuje, iż:

1. Administratorem Państwa danych jest Marszałek Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051 przy al. Piłsudskiego 8,
2. Państwa dane gromadzone są w celu prawidłowej obsługi procesu przyznawania pomocy zdrowotnej. Dostęp do Państwa danych zawartych we wnioskach złożonych do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego posiadają pracownicy Departamentu Kultury i Edukacji, członkowie Komisji Zdrowotnej, a także członkowie Zarządu Województwa Łódzkiego, przyznający świadczenia poprzez podjęcie stosownej uchwały,
3. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania,
4. Podanie przez Państwa swoich danych jest warunkiem koniecznym do ubiegania się o pomoc zdrowotną.

……

czytelny podpis nauczyciela

Opinia Komisji Zdrowotnej:

Proponujemy nie przyznać/przyznać* (*niepotrzebne skreślić) pomoc zdrowotną w wysokości:…… zł

…….

podpis Przewodniczącego Komisji

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

Imię i nazwisko:	Podpis:

Załącznik nr 2 do Regulaminu

Oświadczenie Nauczyciela

Oświadczam, iż pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z…… niżej wymienionymi członkami rodziny:

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa

Średni miesięczny dochód netto przypadający na jednego członka mojej rodziny* z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku, (wliczając dochód nauczyciela) wynosi……zł**

…… ……..

miejscowość, data czytelny podpis nauczyciela

* osoby spokrewnione, t.j.: rodzice, współmałżonkowie, dzieci własne, przysposobione, przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, współmałżonka, w wieku do końca roku kalendarzowego, w którym kończą lat 18 albo w przypadku gdy uczą się w szkole lub w szkole wyższej do ukończenia przez nich 25 roku życia i bezterminowo dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością w stopniu znacznym i będące pod opieką nauczyciela ubiegającego się o świadczenie pomocy zdrowotnej.

**wysokość dochodów ze wszystkich źródeł podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu, uzyskanych w ciągu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku.

Załącznik nr 3 do Regulaminu

Oświadczenie członków Komisji Zdrowotnej

Oświadczam, iż zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2016 r. poz. 922) zobowiązuję się do przestrzegania jej postanowień oraz zachowania w tajemnicy wszystkich danych dotyczących dokumentów i spraw osobowych poruszanych na posiedzeniu Komisji Zdrowotnej w dniu..... …

Członkowie Komisji Zdrowotnej, powołani uchwałą Zarządu Województwa Łódzkiego Nr…….z dnia.....

Imię i nazwisko:	Podpis: