

Załącznik do Zarządzenia Nr 615/24
Prezydenta Miasta Gdańska
z dnia 4 kwietnia 2024 r.

PREZYDENT MIASTA GDAŃSKA

ul. Nowe Ogrody 8/12
80-803 Gdańsk

**WNIOSEK
O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI**

WNIOSEK WYPEŁNIĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. DANE WNIOSKODAWCY: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IMIĘ I NAZWISKO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL: | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| WNIOSEK DOTYCZY NAUCZYCIELA (zaznaczyć właściwe) | <input type="checkbox"/> CZYNNEGO ZAWODOWO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> EMERYTA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> RENCISTY | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> OTRZYMUJĄCEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. OBECNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA WNIOSKODAWCY (CZYNNY ZAWODOWO NAUCZYCIEL): | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NAZWA SZKOŁY: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRES SZKOŁY: | GDAŃSK, ul. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. OSTATNIE MIEJSCE ZATRUDNIENIA (EMERYT / RENCISTA / NAUCZYCIEL OTRZYMUJĄCY ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE): (emeryci, renciści i otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne wpisują szkołę, w której byli zatrudnieni przed przejściem na to świadczenie lub szkołę, w której jest dokonywany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NAZWA SZKOŁY: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRES SZKOŁY: | GDAŃSK, ul. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO NA KTÓRY NALEŻY PRZEKAZAĆ PRYZNANĄ POMOC ZDROWOTNĄ: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. UZASADNIENIE WNIOSKU: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

6. WYDATKI PONIESIONE NA CELE ZDROWOTNE:**ZESTAWIENIE UDOKUMENTOWANYCH WYDATKÓW NA CELE ZDROWOTNE:**

| Lp. | DATA FAKTURY / RACHUNKU | NUMER FAKTURY / RACHUNKU | CEL / RODZAJ WYDATKU | KWOTA [zł] |
|-----|-------------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

WYDATKI OGÓŁEM:**7. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

| Lp. | RODZAJ ZAŁĄCZNIKA | ILOŚĆ ZAŁĄCZNIKÓW |
|----------------------------|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | AKTUALNE ZAŚWIADCZENIE WYSTAWIONE PRZEZ LEKARZA RODZINNEGO LUB LEKARZA SPECJALISTĘ, POTWIERDZAJĄCE DŁUGOTRWAŁĄ CHOROBE (CHOROBA NIEULECZALNA, PRZEWLEKŁA), DŁUGOTRWAŁE LECZENIE SPECJALISTYCZNE | |
| <input type="checkbox"/> 2 | ORYGINAŁY IMIENNYCH DOKUMENTÓW (RACHUNKI, FAKTURY, ITP.), POTWIERDZAJĄCYCH ZAKUP LEKÓW, ŚRODKÓW MEDYCZNYCH, ORTOPEDYCZNYCH I INNYCH | |
| <input type="checkbox"/> 3 | KOPIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH POBYT W SZPITALU, POŚWIADCZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM | |
| <input type="checkbox"/> 4 | ORYGINAŁY DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH WYDATKI NA PRZEJAZD BEZPOŚREDNIO ZWIĄZANY Z POMOCĄ ZDROWOTNĄ | |
| <input type="checkbox"/> 5 | ORYGINAŁY DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH PONIESIONE WYDATKI NA BADANIA SPECJALISTYCZNE, ZABIEGI, USŁUGI MEDYCZNE, REHABILITACYJNE | |
| <input type="checkbox"/> 6 | ORYGINAŁY INNYCH IMIENNYCH DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH INNE WYDATKI - WYMIENIĆ | |

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA.....
CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY

8. POTWIERDZENIE POPRAWNOŚCI I KOMPLETNOŚCI WNIOSKU:

Wymiar zatrudnienia nauczyciela w dniu składania wniosku:

Niniejszym potwierdzam, że Pan/Pani:

nie posiada uprawnień* / posiada uprawnienia* do korzystania z funduszu zdrowotnego nauczycieli.

Poświadczam poprawność i kompletność wniosku.

.....

.....

.....

.....

.....

* niepotrzebne skreślić

.....
PIECZĘĆ SZKOŁY

.....
DATA I PODPIS DYREKTORA

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miasto Gdańsk - Prezydent Miasta Gdańska; ul. Nowe Ogrody 8/12, 80-803 Gdańsk; tel. +48 (58) 52 44 500; mail: umg@gdansk.gda.pl; e-PUAP: /UMGDA/SkrytkaESP.
2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych, w tym realizacji Pani/Pana praw, można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych wyznaczonym przez Administratora poprzez dane kontaktowe Administratora oraz mail: iod@gdansk.gda.pl.
3. Administrator przetwarza Pani/Pana dane osobowe wykonując zadanie w interesie publicznym zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. e RODO ustalone w art. 72 ust. 1, ustawy z dn. 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela oraz uchwały Rady Miasta Gdańska w sprawie przyjęcia regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miasta Gdańska oraz warunki i sposób ich przyznawania. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. b RODO.
4. Odbiorcami danych osobowych, którym dane mogą być ujawniane, mogą być osoby fizyczne lub prawne, organy publiczne, jednostki lub inne podmioty - tylko w przypadkach gdy wynika to wprost z przepisów. Odbiorcami mogą być podmioty z którymi Administrator zawarł stosowne umowy dotyczące przetwarzania danych osobowych, w szczególności usługodawcy świadczący usługi serwisu, rozwoju i utrzymania systemów informatycznych.
5. Dane osobowe będą przechowywane zgodnie z wymogami przepisów archiwalnych, przez okres wskazany w Rzecзовym Wykazie Akt (Ustawa o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach z dn. 14 lipca 1983 r. ze zm.).
6. Osoba, której dane są przetwarzane ma prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu. Każda osoba ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa), gdy uzna, że przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich nie podanie uniemożliwi przyznanie finansowej pomocy zdrowotnej.
8. Dane osobowe nie będą służyły do zautomatyzowanego podejmowania decyzji w tym Pani/Pana profilowania.

Zapoznałam/em się dn.

.....
CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY