Załącznik nr 1 do Regulaminu udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Łabowa, korzystających z opieki zdrowotnej, rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania

**Wniosek do Wójta Gminy Łabowa**

**o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli**

Wnioskodawca:

 …………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

 …………………………………………………………………………………………

(adres zamieszkania, numer telefonu)

 …………………………………………………………………………………………

(nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest/był zatrudniony)

Wypełnia dyrektor szkoły:

Potwierdzam, że Pan(i) ………………………………………………………………………………. jest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.:

1. jest nauczycielem zatrudnionym w ……………………………………………………………………….. w wymiarze …………… etatu;
2. jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w ……………………………………………………………………..

dla którego odpis na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych jest naliczany w …………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………….. ………………………………………..

 (pieczęć szkoły) (data i podpis dyrektora)

 **Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie pomocy ze środków**

**na pomoc zdrowotną dla nauczycieli**

Uzasadnienie:

………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

W załączeniu przedkładam:

* aktualne zaświadczenie wystawionego przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, konieczność zapewnienia choremu opieki,
* imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesienie wydatku wymienionego we wniosku,
* inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej,
* oświadczenie o przeciętnych miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w związku z przebiegiem prac związanych z przyznawaniem zapomogi zdrowotnej dla nauczycieli zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych

(tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

…………………………….. …………………………………..

(data) (podpis)

**Opinia Komisji ds. opiniowania wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli:**

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………

Podpisy członków Komisji :

1. ……………………………………………………………… - przewodniczący komisji
2. ……………………………………………………………… - członek komisji
3. ……………………………………………………………… - członek komisji
4. ……………………………………………………………… - członek komisji

Łabowa, dnia ………………………………

**Decyzja Wójta Gminy Łabowa**

zgodnie z Regulaminem przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Łabowa przyznaję/nie przyznaję\* Pani/Panu

………………………………………………………………………………………………………….

Świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości ………………………………………… zł słownie: ………………………………………………………………………………………………..

……………………………………

 (podpis Wójta)

Łabowa, dnia ………………………………

\*niepotrzebne skreślić

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**pomoc zdrowotna dla nauczycieli**

Zgodnie z 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 (4.5.2016 L 119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) **informuję, że:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wójt Gminy Łabowa, Łabowa 38, 33-336 Łabowa 38;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, jest nim Pan Piotr Śpiewak, z którym można skontaktować się za pomocą adresu e – mail: iod@labowa.pl
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia podania o przyznanie pomocy zdrowotnej na podstawie Uchwały Nr XXXIV/220/2020 Rady Gminy Łabowa z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania; oraz art. 72 ust 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela;
4. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane komisji do rozpatrywania wniosków nauczycieli o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania;
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie nierozpatrzenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej;
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

……………………………………… data i podpis

Załącznik nr 2 do Regulaminu udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Łabowa, korzystających z opieki zdrowotnej, rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania

**Oświadczenie**

**o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela**

………………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko nauczyciela)

…………………………………………………………………………………………………………………

(adres, nr telefonu)

Liczba osób w rodzi nie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczenie o dochodach:**

**Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich**

**trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi**

**……………………………………………………………. zł\***

**\*** wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu

(do dochodu wlicza się: wszystkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

**Prawdziwość informacji i danych złożonych w niniejszym oświadczeniu potwierdzam własnym podpisem.**

**Jednocześnie zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.**

………………………………………………… ………………………………………………………………………

 (miejscowość i data) (czytelny podpis nauczyciela) Załącznik nr 3 do Regulaminu udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Łabowa, korzystających z opieki zdrowotnej, rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania