

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon)

**Burmistrz Więcborka**

### **Wniosek o przyznanie zdrowotnej pomocy finansowej**

1. Zwracam się z prośbą o przyznanie zasiłku pieniężnego w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, z uwagi na fakt, że:

- jestem pod stałą opieką specjalistycznej poradni lekarskiej;
- leczę się z powodu choroby przewlekłej / przebieg choroby jest wyjątkowo ciężki\*;
- używam okularów korygujących (dotyczy tylko nauczycieli czynnych zawodowo),
- jestem pod opieką stomatologa/protetyka\* (dotyczy tylko nauczycieli czynnych zawodowo).

Uzasadnienie:

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

2. Oświadczam, że:

a) jestem:

zatrudniona/y w .....;  
(nazwa szkoły, w której wnioskodawca jest zatrudniony)

emerytem/rencistą\* .....;  
(nazwa szkoły, w której wnioskodawca był zatrudniony)

b) poprzednio uzyskałam/em pomoc zdrowotną .....;  
(data uzyskania ostatniej pomocy zdrowotnej)

c) oświadczam, że miesięczny dochód brutto (na jednego członka rodziny) ustalony na podstawie trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi: ..... zł (słownie: .....).

3. W załączeniu przedkładam:

a) dokumenty potwierdzające uzasadnienie wniosku – kartę informacyjną z leczenia szpitalnego/zaświadczenie lekarskie/orzeczenie o niepełnosprawności\* lub inne dokumenty, tj.:

.....  
(zwięzły opis dokumentów)

b) oryginały faktur lub rachunków potwierdzających poniesione koszty leczenia:

.....  
(numery faktur)

4. Sposób wypłaty pomocy zdrowotnej:

czekiem – do odbioru w Biurze Obsługi Oświaty Samorządowej w Więcborku;

przelewem na rachunek bankowy: \_\_\_\_\_.

\* *niepotrzebne skreślić*

5. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w Biurze Obsługi Oświaty Samorządowej w Więcborku oraz oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (dalej: RODO) niniejszym podaje się informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Biuro Obsługi Oświaty Samorządowej w Więcborku (dalej: Biuro).

1. **Administrator danych osobowych.** Biuro Obsługi Oświaty Samorządowej w Więcborku, ul. Poczтовая 16, 89-410 Więcbork. Kontakt z Inspektorem danych osobowych: e-mail: [iodo@booswiecbork.pl](mailto:iodo@booswiecbork.pl).
2. **Cel przetwarzania danych osobowych.** Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia przez Biuro obowiązków związanych z rozpatrywaniem wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej w formie zasiłku pieniężnego przyznawanego przez Burmistrza Więcborka na podstawie art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela oraz obsługiwane przez Biuro na podstawie *Uchwały Nr VIII/47/2019 Rady Miejskiej w Więcborku z dnia 24 kwietnia 2019 r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli placówek oświatowych, dla których Gmina Więcbork jest organem prowadzącym oraz określenia warunków i sposobu przyznawania (Dz. Urz. Woj. Kuj.-Pom. z 2019 r., poz. 2588)*.
3. **Przekazywanie danych osobowych.** Dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem innych instytucji upoważnionych z mocy prawa i uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie odrębnych przepisów prawa oraz podmiotów świadczących wsparcie techniczne dla Biura (systemy informatyczne oraz teleinformatyczne, w których są przetwarzane dane osobowe).
4. **Okres przechowywania danych osobowych.** Dane osobowe nie będą przechowywane dłużej, niż jest to konieczne dla celu, dla którego zostały zebrane i w czasie określonym

przepisami prawa, z zastrzeżeniem, że po upływie tego okresu będą podlegać ekspertyzie archiwalnej.

5. **Prawo dostępu do danych osobowych.** Osoba zainteresowana posiada prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo żądania przeniesienia danych do innego administratora. W przypadku, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody, przysługuje do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
6. **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.** Osoba zainteresowana posiada prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie jego danych narusza przepisy ochrony danych osobowych: Biuro Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. **Konsekwencje niepodania danych osobowych.** Podanie danych osobowych jest dobrowolne na podstawie wyrażonej zgody do przetwarzania danych, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, lit. c, lit. e RODO Jednakże w celu realizacji zadań określonych w punkcie 2. podanie danych jest warunkiem rozpoznania wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.
8. **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji.** Profilowanie. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegać profilowaniu.

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 2016 r.) **zapoznałam/-em** się z treścią informacji, w tym z przysługującym prawem dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody (w przypadku jej udzielenia) na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis osoby składającej wniosek)

**Pouczenie:**

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej, wraz z załącznikami składa się w Biurze Obsługi Oświaty Samorządowej w Więcborku, ul. Pocztowa 16.

Do wniosku należy dołączyć:

- a) potwierdzenie uzasadnienia wniosku – w szczególności: kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, orzeczenie o niepełnosprawności;
- b) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia – w szczególności oryginalne imienne faktury / rachunki.

Wnioski niespełniające warunków formalnych i niekompletne nie będą rozpatrywane.

## Ocena wniosku

Opinia Dyrektora Biura Obsługi Oświaty Samorządowej w Więcborku, podjęta we współdziałaniu z komisją socjalną oraz proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)

---

Burmistrz Więcborka

Na podstawie wniosku złożonego dnia ....., pozytywnie zaopiniowanego przyznaję pomoc zdrowotną Pani/Panu .....

Zasiłek pieniężny w wysokości: ..... zł (słownie: .....  
.....) zostanie przekazany wnioskodawcy w sposób zgodny z wcześniejszym oświadczeniem.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)

---

Burmistrz Więcborka

Na podstawie wniosku, złożonego dnia ....., odmawiam przyznania pomocy zdrowotnej Pani/Panu .....

Uzasadnienie odmowy przyznania pomocy zdrowotnej:

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)