

Załącznik nr 1 do uchwały Nr LV/684/18
Sejmiku Województwa Łódzkiego z dnia
28 sierpnia 2018 r.

WNIOSEK O PRYZYCNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
Pieczęć placówki

.....
miejscowość, data

Imię i nazwisko nauczyciela:	
Status nauczyciela oraz potwierdzenie wymiaru zatrudnienia lub przejścia na nw. świadczenia*: <input type="checkbox"/> rencista/emeryt oraz data przejścia na emeryturę/rentę/nauczycielskie świadczenie kompensacyjne:	
<input type="checkbox"/> czynny zatrudniony w wymiarze co najmniej ½ obowiązkowego wymiaru zajęć oraz data zatrudnienia	
Adres zamieszkania i numer telefonu nauczyciela:	

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) kserokopie dokumentów potwierdzających poniesione koszty leczenia (oryginały do wglądu);
 - 3) oświadczenie o dochodach nauczyciela, stanowiące Załącznik nr 2 do Regulaminu;
 - 4) inne (wymienić jakie):
-

Obowiązek informacyjny:

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 („RODO”) uprzejmie informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych jest Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8;
- 2) dane kontaktowe inspektora ochrony danych: tel. 42 663 33 06, e-mail: iod@lodzkie.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu prawidłowej obsługi procesu przyznawania pomocy zdrowotnej. Dostęp do Pani/Pana 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. Podstawa przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO oraz art. 72 ust. 1 w związku z art. 91 d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018 r. poz. 967);
- 4) dane będą przechowywane w Departamencie Kultury i Edukacji Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego nie dłużej niż 2 lata od całkowitego zakończenia spraw związanych z obsługą procedury przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Samorząd Województwa Łódzkiego. Po upływie tego okresu wszystkie dokumenty zostaną przekazane do Archiwum Zakładowego zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych;
- 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania;
- 6) podanie przez Panią/Pana danych jest warunkiem koniecznym do ubiegania się o pomoc zdrowotną;
- 7) posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (*prawo sprzeciwu ma zastosowanie przy przetwarzaniu danych na podstawie przestanki wskazanej w art. 6 ust. 1 lit. e) lub lit. f)*, co skutkuje nie rozpatrywaniem Pani/a wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej

- 8) posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 9) nie będziemy podejmować decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym dokonywać profilowania na podstawie Pani/Pana danych.

.....
czytelny podpis nauczyciela

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 rodziny¹ z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku (wliczając dochód nauczyciela) wynosi zł²

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis nauczyciela

1 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.

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