		, dnia
(imię i nazwisko wnioskodawcy)	(miejscowość)	(data)
(ulica, nr domu, nr mieszkania)		
(kod pocztowy, miejscowość)		
(nr telefonu kontaktowego)		
(Nazwa placówki, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony i stanowisko)		

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

Na podstawie Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli stanowiącego załącznik do uchwały Nr XI/79/2025 Rady Gminy Jabłonka z dnia 29 stycznia 2025 r. w sprawie ustalenia Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej.[1]

UZASADNIENIE

W załączeniu do wniosku przedkładam (*właściwe podkreślić*):

- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia i zasadność poniesionych kosztów,
- oryginały imiennych rachunków lub faktur potwierdzających poniesione koszty na:
  1) zakup leków związanych bezpośrednio z chorobą, których przyjmowanie zostało zlecone przez lekarza;
  2) zakup sprzętu do rehabilitacji lub niezbędnego do przeprowadzania zalecanego przez lekarza leczenia lub rehabilitacji;
  3) opłaty za świadczenia usług medycznych lub rehabilitacyjnych;
  4) badania diagnostyczne, konsultacje lub hospitalizację;
  5) zakup niezbędnych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych zleconych przez lekarza;
  6) wydatki poniesione na przejazdy bezpośrednio związane z udzielanym świadczeniem zdrowotnym;
  7) wydatki na dodatkową opiekę nad chorym nauczycielem w domu, w tym korzystanie z usług pielęgnacyjno-opiekuńczych.
- oświadczenie nauczyciela o średnim miesięcznym dochodzie brutto z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadającym na członka rodziny pozostającego z nim we wspólnym gospodarstwie domowym z uwzględnieniem wszystkich źródeł przychodu.

Przyznaną pomoc zdrowotną proszę przekazać na konto:

Nr rachunku bankowego:

[1] Zgodnie z § 4 ust. 2 Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli stanowiącego załącznik do uchwały Nr XI/79/2025 Rady Gminy Jabłonka z dnia 29 stycznia 2025 r. w sprawie ustalenia Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli **wniosek może dotyczyć udzielania pomocy zdrowotnej za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.**

Dane właściciela rachunku bankowego:

imię	nazwisko

Adres zamieszkania właściciela rachunku bankowego:

kod pocztowy	miejscowość	ulica	nr domu	nr lokalu

Klauzula informacyjna

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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), zwanym w dalszej części RODO, informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

1) Administratorem danych osobowych jest Centrum Usług Wspólnych Gminy Jabłonka z siedzibą: ul. 3-go Maja 1, 34-480 Jabłonka telefon: 018 26 111 30, e-mail: biuro@cuwjablonka.pl
2) Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem e-mail: ochronadanych@trzypszczoly.pl;
3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu ustalenia przysługującego prawa do pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2023 r. poz. 984, z późn. zm.), Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli stanowiącego załącznik do uchwały Nr XI/79/2025 Rady Gminy Jabłonka z dnia 29 stycznia 2025 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli;
4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną planowo przez okres 5 lat od zakończenia realizacji zadania;
6) posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie;
7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Głównego Inspektora Ochrony Danych Osobowych/Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
8) podanie danych objętych formularzem jest wymogiem ustawowym, ich nie podanie skutkuje brakiem danych niezbędnych do ustalenia przysługującego prawa do pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie uprawnień i opinia Dyrektora Szkoły:

Potwierdzam, że Pan/Pani..... nie posiada/posiada* uprawnienia do korzystania z funduszu zdrowotnego nauczycieli. Wniosek opiniuję pozytywnie/negatywnie* z uwagi na .....

..... (miejscowość, data)

..... (pieczęć i podpis dyrektora szkoły)

Decyzja Wójta Gminy Jabłonka:

Przyznaję/nie przyznaję - pomoc zdrowotną, w wysokości

…… zł (słownie złotych:…….....)

Jabłonka, ……

……..... (pieczęć i podpis Wójta Gminy)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik do wniosku
o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

	, dnia	
(imię i nazwisko wnioskodawcy)	(miejscowość)	(data)
(ulica, nr domu, nr mieszkania)		
(kod pocztowy, miejscowość)		

OŚWIADCZENIE NAUCZYCIELA
O ŚREDNIM MIESIĘCZNYM DOCHODZIE PRZYPADAJĄCYM NA CZŁONKA RODZINY

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadający na jednego członka mojej rodziny pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym z uwzględnieniem wszystkich źródeł przychodu wyniósł: …….. zł (*słownie: …….. złotych ...../100*).

Oświadczenie składam w celu ustalenia przysługującego mi prawa do pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego.

(czytelny podpis wnioskodawcy)