

**ZARZĄDZENIE NR 48/23**  
**WÓJTA GMINY NOWINKA**

z dnia 19 maja 2023 r.

**w sprawie ustalenia wzoru wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli**

Na podstawie art. 30 ust. 1 Ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 40 z późn. zm.), Uchwały Rady Gminy Nowinka Nr XXX/267/22 z dnia 28 grudnia 2022 roku w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania w szkole prowadzonych przez Gminę Nowinka, zarządzam co następuje:

**§ 1.** Ustalam wzór wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia.

**§ 2.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą od 01 lutego 2023 roku.

Wójt Gminy Nowinka

**Teresa Strękowska**

**Wójt Gminy Nowinka**

**WNIOSEK  
O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI**

**DANE WNIOSKODAWCY**

1. Imię i nazwisko .....

2. Adres zamieszkania .....

3. Nazwa szkoły w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

.....

4. *Zakreślić właściwe:*

1) nauczyciel czynny zawodowo

2) nauczyciel emeryt/rencista

3) nauczyciel pobierający świadczenie  
kompensacyjne

5. Przyznaną pomoc zdrowotną proszę przekazać na konto bankowe:

.....

*(nr konta bankowego)*

6. Rodzaj świadczenia, o które ubiega się nauczyciel (zakreślić właściwe):

1) dofinansowanie kosztów zakupu leków oraz innych wyrobów medycznych w związku z przewlekłą, ciężką lub długotrwałą chorobą, w szczególności chorobą nieuleczalną;

2) dofinansowanie kosztów badań specjalistycznych i leczenia specjalistycznego;

3) dofinansowanie kosztów zakupu specjalistycznego sprzętu ortopedycznego oraz sprzętu do rehabilitacji, niezbędnych do przeprowadzenia zalecanego przez lekarza leczenia;

4) dofinansowanie zakupu zleconych przez lekarza specjalistę szkieł korekcyjnych oraz aparatów słuchowych.

7. Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....  
.....  
**8. W załączeniu do wniosku przedkładam (zakreślić właściwe):**

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z przewlekłą, ciężką lub długotrwałą chorobą, w szczególności z chorobą nieuleczalną, badanie i leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, a także szkieł korekcyjnych oraz aparatów słuchowych;
- 2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem za okres 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku.

**9. Oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny:**

Oświadczam, że średnia wysokość przychodów brutto przypadających na jednego członka mojej rodziny, ze wszystkich źródeł przychodu, osiągniętych w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi: .....

słownie:.....

.....  
(data, czytelny podpis wnioskodawcy)

10. Oświadczam, że wnioskowane dofinansowanie nie obejmuje pokrycia zakupu leków i pozostałych świadczeń uzyskanych nieodpłatnie oraz wydatków zrefundowanych z innych funduszy.

.....  
(data, czytelny podpis wnioskodawcy)

**Decyzja Wójta Gminy o przyznaniu, bądź odmowie przyznania świadczeń**

Przyznaję / Nie przyznaję Pani / Panu

.....  
(Imię i nazwisko nauczyciela)

Pomoc zdrowotną w formie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego w wysokości .....zł  
(słownie złotych: .....) )

Uzasadnienie:

.....  
.....

.....  
(data i podpis Wójta Gminy)

### **Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

Na podstawie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016), zwanego dalej RODO informujemy, że:

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest Gmin Nowinka reprezentowana przez Wójta Gminy Nowinka dalej jako „ADO”;

2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych (IOD) – adw. Bartosz Cieśluk, z którym można się skontaktować poprzez e-mail: [iod@gminanowinka.pl](mailto:iod@gminanowinka.pl) lub fizyczny adres siedziby Administratora.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu ustalenia przysługującego prawa do pomocy zdrowotnej dla nauczycieli,

4. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit.c oraz art. 9 ust. 2 lit.b RODO, art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela, Uchwały Rady Gminy Nowinka Nr XXX/267/22 z dnia 28 grudnia 2023 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania w szkole prowadzonych przez Gminę Nowinka.

5. Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być:

1) podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;

2) podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).

6. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania, oraz przez okres wynikający z przepisów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych tj przez okres 5 lat od zakończenia realizacji zadania.

7. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo:

1) żądać od administratora:

a) dostępu do swoich danych osobowych,

b) ich sprostowania,

c) ograniczenia przetwarzania;

2) wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

9. Pani/Pana dane nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu.