

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Dane nauczyciela/nauczyciela emeryta, rencisty, nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

właściwie podkreślić

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Dane nieobowiązkowe, ułatwiające kontakt:

Telefon

e-mail

Nazwa i adres szkoły

w przypadku nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty lub nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne wnioskodawca podaje jedną wybraną szkołę, z której odszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

.....
.....

Średni dochód miesięczny netto¹ przypadający na jedną osobę² pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym³ z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku (wliczając dochód wnioskodawcy) wynosi:

..... złotych netto (słownie:)

Uzasadnienie wniosku

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

¹ przez dochód netto rozumie się sumę wszystkich dochodów uzyskanych przez członków gospodarstwa domowego (w tym także dochód uzyskiwany z tytułu świadczeń alimentacyjnych, renty, emerytury, innych źródeł), w okresie trzech ostatnich miesięcy, podzielony przez liczbę członków gospodarstwa domowego

² osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące

³ jako wspólne gospodarstwo domowe rozumie się wspólne dysponowanie i zarządzanie mieniem i dochodami oraz wykonywanie innych czynności z zakresu prowadzenia gospodarstwa domowego, w tym wykonywanie codziennych czynności na rzecz osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe i wspólnie zamieszkujących, poprzez zaspokajanie potrzeb życiowych i ścisłą współpracę w prowadzeniu gospodarstwa domowego.

Wykaz załączników

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

W przypadku przyznania mi pomocy zdrowotnej proszę o przestanie jej:

1. na rachunek bankowy:
Nazwa banku i numer rachunku
2. Przekazem pocztowym na adres:
(nazwa ulicy, nr domu, kod pocztowy, miejscowość)

.....
Data i podpis Wnioskodawcy

Klauzula informacyjna

Administratorem danych osobowych jest Zarząd Województwa Mazowieckiego, dane kontaktowe: Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa, tel. 22 5979 100, urząd_marszalkowski@mazovia.pl, e-Doręczenia.

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się mailowo na iod@mazovia.pl.

Państwa dane osobowe:

1. będą przetwarzane na podstawie dobrowolnej zgody oraz zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. b 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), w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej;
2. numer telefonu i e-mail będzie przetwarzany na podstawie dobrowolnie udzielonej zgody w celu ułatwienia kontaktu;
3. mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom świadczącym obsługę administracyjno-organizacyjną Urzędu;
4. będą przechowywane przez okres niezbędny do rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej oraz ustalenia ich wysokości, a także przez okres niezbędny do dochodzenia praw lub roszczeń, nie dłużej jednak niż to wynika z przepisów o archiwizacji;

W granicach i na zasadach określonych w przepisach, przysługuje Państwu prawo:

1. żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania przenoszenia danych,
2. cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
3. złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

W przypadku przekazania z własnej inicjatywy danych osobowych innych niż wymagane, ich przetwarzanie będzie odbywać się na podstawie dobrowolnie wyrażonej zgody na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO.

Dokumenty dołączone do wniosku niezwiązane ze stanem zdrowia oraz dane dopisane do wniosku nie dotyczące przebiegu choroby nauczyciela bądź zbędne przy rozpatrywaniu wniosku zostaną zanonimizowane lub odesłane (art. 5 ust.1 lit. c RODO).

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznania pomocy zdrowotnej.

.....
Data i podpis Wnioskodawcy

ZGODA NA PRZETWARZANIE NUMERU TELEFONU/E-MAILA

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie numeru telefonu/e-maila, w celu ułatwienia kontaktu dotyczącego wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

Przystępuję mi prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie, co pozostanie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej wycofaniem.

TAK

NIE

.....
Data i podpis Wnioskodawcy