

Urząd Miasta i Gminy w Gryfinie

WNIOSEK
O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELA

(Wniosek należy wypełnić czytelnie, wielkimi literami)

Dane nauczyciela (którego dotyczy wniosek)									
Imię i nazwisko nauczyciela									
Nr telefonu kontaktowego									
Adres zamieszkania	ulica, nr domu, nr mieszkania								
	kod pocztowy, miejscowość						-		
Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku (zaznaczyć właściwe „X”)	☐ nauczyciel czynny zawodowo								
	☐ nauczyciel emeryt/rencista								
	☐ nauczyciel otrzymujący świadczenie kompensacyjne								
Miejsce zatrudnienia/ ostatnie miejsce zatrudnienia	nazwa szkoły/przedszkola								
	adres szkoły/przedszkola								
POTWIERDZENIE PRZEZ DYREKTORA WYMIARU I MIEJSCA ZATRUDNIENIA NAUCZYCIELA									
Wymiar zatrudnienia									
Data i podpis dyrektora szkoły/ przedszkola/ Centrum Usług Wspólnych oraz pieczęć jednostki	Potwierdzam prawidłowość i kompletność wniosku								
	 pieczęć jednostki					 data i podpis dyrektora			
Dane osoby działającej w imieniu nauczyciela (należy wpisać jeśli wniosek składa przedstawiciel ustawowy lub pełnomocnik)									
Imię i nazwisko									
Nr telefonu kontaktowego									
Adres do korespondencji	ulica, nr domu, nr mieszkania								
	kod pocztowy, miejscowość						-		

Data otrzymania ostatniej pomocy zdrowotnej: _____

Rodzaj świadczenia, o które ubiega się nauczyciel (zaznaczyć właściwe „X”)

☐	refundacja kosztów leczenia specjalistycznego (w tym specjalistyczne badania np. tomograf, rezonans magnetyczny)
☐	refundacja kosztów usług rehabilitacyjnych
☐	refundacja kosztów zakupu wyrobów medycznych, sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego umożliwiającego pracę oraz niezbędnego do przeprowadzenia zaleconego przez lekarza leczenia lub rehabilitacji
☐	refundacja kosztów zakupu leków ściśle związanych z chorobą nauczyciela zleconych przez lekarza (z wyłączeniem suplementów diety, ziół, paramedykamentów, leków OTC)
☐	refundacja kosztów zakupu okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok (nie częściej niż raz na trzy lata), zgodnie z zaleceniem lekarza okulisty, jeżeli wyniki badań okulistycznych wykażą potrzebę ich używania
☐	refundacja kosztów zakupu aparatu słuchowego
☐	refundacja kosztów leczenia sanatoryjnego i uzdrowskiego przysługującego na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego np. turnusy rehabilitacyjne
☐	refundacja kosztów opieki nad chorym w domu, korzystania z usług pielęgnacyjno – opiekuńczych
☐	refundacja kosztów poniesionych na przejazdy bezpośrednio związane z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, tj. transport medyczny
☐	refundacja kosztów pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej

Uzasadnienie wniosku (opis przebiegu choroby/leczenia/rehabilitacji)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czas trwania leczenia: _____

Wysokość kosztów leczenia/rehabilitacji/zakupów poniesionych przez nauczyciela:
_____ zł

Poniesione przez nauczyciela wydatki są związane z: (zaznaczyć właściwe „X”)

	ciężką lub przewlekłą chorobą
	nagłym zdarzeniem losowym (nagła ciężka choroba, wypadek)
	leczeniem specjalistycznym, specjalistycznymi badaniami, konsultacjami
	długotrwałym leczeniem szpitalnym z koniecznością dalszego leczenia w domu
	rehabilitacją leczniczą
	koniecznością zapewnienia dodatkowej opieki nauczycielowi
	zakupem wyrobów medycznych oraz sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego

Do wniosku dołączam następujące dokumenty (zaznaczyć właściwe „X”)

	zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalistę potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, leczenie szpitalne lub poszpitalne, konieczność stosowania wyrobów medycznych, sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki, stosowania leków - wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku
	oryginały imiennych faktur lub rachunków potwierdzające koszty leczenia lub zakupu wskazane we wniosku, poniesione w ciągu 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku
	inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej

Nr rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną zapomogę zdrowotną	
---	--

Właściciel rachunku bankowego	
Nazwa banku	

Numer rachunku bankowego:	
---------------------------	--

[illegible]

Oświadczam, że w zakresie objętym niniejszym wnioskiem nie uzyskałam/em refundacji od innego podmiotu.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Gryfino, stanowiącym załącznik do uchwały nr XXIV/170/25 Rady Miejskiej w Gryfinie z dnia 18 grudnia 2025 r.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych w związku z przyznaniem pomocy zdrowotnej dla nauczyciela.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku.

.....
data i czytelny podpis nauczyciela/
przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych
w związku z przyznaniem pomocy zdrowotnej dla nauczyciela**

W związku z zapisami 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.U.UE. z 2016 r., L 119, poz. 1, zwanego dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
Burmistrz Miasta i Gminy Gryfino
ul. 1 Maja 16
74 -100 Gryfino
telefon: 91 416 20 11
e-mail: burmistrz@gryfino.pl
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych:
telefon: 91 416 20 11
e-mail: iod@gryfino.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, na podstawie art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela oraz na podstawie Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Gryfino stanowiącego załącznik do uchwały nr XXIV/170/25 Rady Miejskiej w Gryfinie z dnia 18 grudnia 2025 r., a także zarządzenia nr 0050.9.2026 Burmistrza Miasta i Gminy Gryfino z dnia 30 stycznia 2026 r. w sprawie ustalenia wzoru wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, celem weryfikacji i rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, w tym ustalenia jej wysokości, a następnie przekazania przyznanej pomocy.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w pkt. 3, dane osobowe mogą być udostępniane innym upoważnionym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami mogą być:
 - a) podmioty, które przetwarzają dane osobowe w imieniu administratora na podstawie zawartej z nim umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
 - b) podmioty upoważnione do odbioru danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane, przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane, a po tym czasie przez czas wynikający z przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
6. W związku z przetwarzaniem przez administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
 - a) prawo dostępu do treści danych oraz otrzymywania ich kopii na podstawie art. 15 RODO;
 - b) prawo do żądania sprostowania danych na podstawie art. 16 RODO;
 - c) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 18 RODO.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego na niezgodne z prawem przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych przez administratora. Organem właściwym do wniesienia skargi jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem wynikającym z przepisów prawa i jest obowiązkowe, a ich niepodanie uniemożliwi realizację celu wskazanego w pkt 3.
9. Pani/Pana dane nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu.

Klauzula informacyjna dla pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego o przetwarzaniu danych osobowych w związku z przyznaniem pomocy zdrowotnej dla nauczyciela

W związku z zapisami 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.U.UE. z 2016 r., L 119, poz. 1, zwanego dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
Burmistrz Miasta i Gminy Gryfino
ul. 1 Maja 16
74 -100 Gryfino
telefon: 91 416 20 11
e-mail: burmistrz@gryfino.pl
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych:
telefon: 91 416 20 11
e-mail: iod@gryfino.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane:
 - a) art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Gryfino stanowiącego załącznik do uchwały nr XXIV/170/25 Rady Miejskiej w Gryfinie z dnia 18 grudnia 2025 r., a także zarządzenia nr 0050.9.2026 Burmistrza Miasta i Gminy Gryfino z dnia 30 stycznia 2026 r. w sprawie ustalenia wzoru wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, a także ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny oraz ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy celem weryfikacji i rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, w tym ustalenia jej wysokości, a następnie przekazania przyznanej pomocy,
 - b) art. 6 ust. 1 lit a na podstawie wyrażonej zgody – w przypadku, gdy uprawnienie do przetwarzania danych osobowych nie wynika wprost z przepisów prawa, np. podanie danych osobowych wykraczających poza dane osobowe zawarte we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, a także poza dokument pełnomocnictwa lub przedstawicielstwa ustawowego.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w pkt. 3, dane osobowe mogą być udostępniane innym upoważnionym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami mogą być:
 - a) podmioty, które przetwarzają dane osobowe w imieniu administratora na podstawie zawartej z nim umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
 - b) podmioty upoważnione do odbioru danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane, a po tym czasie przez czas wynikający z przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. Natomiast w sytuacji przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana dobrowolnie zgody, do czasu wycofania tej zgody.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. W związku z przetwarzaniem przez administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
 - a) prawo dostępu do treści danych oraz otrzymywania ich kopii na podstawie art. 15 RODO;
 - b) prawo do żądania sprostowania danych na podstawie art. 16 RODO;

- c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym) na podstawie art. 17 RODO.
- 8. Dodatkowo w przypadku przetwarzania danych osobowych na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu:
 - a) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 18 RODO;
 - b) prawo do przenoszenia danych na podstawie art. 20 RODO.
- 9. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego na niezgodne z prawem przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych przez administratora. Organem właściwym do wniesienia skargi jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymagane przez przepisy prawa, natomiast podanie danych osobowych wykraczających poza dane osobowe zawarte we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, a także poza dokument pełnomocnictwa lub przedstawicielstwa ustawowego jest dobrowolne.
- 11. Pani/Pana dane nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wykraczających poza dane osobowe zawarte we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, a także poza dokument pełnomocnictwa lub przedstawicielstwa ustawowego w trybie art. 6 ust. 1 lit. a 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) (Dz.U.UE. z 2016 r., L 119, poz. 1).

.....
(data i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)