

**WNIOSEK
o przyznanie świadczeń zdrowotnych**

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy

2. Nazwa szkoły/placówki oświatowej, w której nauczyciel jest*/był* zatrudniony

.....

3. Adres zamieszkania, numer telefonu

.....

4. nauczyciel nauczyciel emeryt, rencista lub pobierający
czynny zawodowo nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

Proszę o udzielenie mi świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli z powodu poniesienia kosztów związanych z (właściwie zaznaczyć X) :

- zakupem leków zleconych przez lekarza w związku z leczeniem choroby przewlekłej
- korzystaniem z konsultacji lekarza specjalisty
- wykonaniem badań diagnostycznych na podstawie skierowania lekarza
- zakupem przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, w tym okularów korekcyjnych i soczewek kontaktowych na podstawie zlecenia lekarza

W załączeniu do wniosku przedkładam :

1. Oryginał zaświadczenia o pozostawaniu pod opieką lekarską od właściwego lekarza lub inny równoważny dokument,
2. Kopie recept lekarskich poświadczonych przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem w przypadku przedstawienia do refundacji kosztów zakupu leków, *
3. Kopię skierowania na badania diagnostyczne poświadczonego przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem w przypadku przedstawienia do refundacji kosztów badań diagnostycznych, *
4. Kopię zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi poświadczonego przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem w przypadku przedstawienia do refundacji kosztów poniesionych na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, *
5. Imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (oryginały faktur/ rachunków /innych dokumentów księgowych, potwierdzenia przelewu itp.),

***niepotrzebne skreślić**

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że poniesione koszty nie były finansowane z innych źródeł ani też nie będą odliczone w trybie innych przepisów prawnych. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Informacja o przetwarzaniu przez Starostę Ciechanowskiego danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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) – tzw. RODO, Starosta Ciechanowski informuje, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Starosta Ciechanowski z siedzibą w Ciechanowie przy ul. 17 Stycznia 7, 06-400 Ciechanów, zwany dalej Administratorem;
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych u Administratora:
e-mail: daneosobowe@ciechanow.powiat.pl,
3. przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do:
- wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, tj. na podstawie art. 6 ust. 1 pkt. c) i art. 9 ust.2 pkt) g rozporządzenia RODO,

Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązków wynikających z:

- ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym,
 - ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych,
 - ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku Karta Nauczyciela,
 - Uchwały Rady Powiatu Ciechanowskiego Nr z dnia 2018 roku w sprawie: uchwalenia Regulaminu określającego rodzaje świadczeń ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznania,
 - Rozporządzenie 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.
4. Pani/Pana dane mogą być udostępniane następującym kategoriom odbiorców:
 - podmioty, które udostępniają systemy teleinformatyczne lub świadczą usługi do systemów teleinformatycznych wykorzystywanych przez Administratora w trakcie przetwarzania danych, którym powierzono przetwarzanie danych w drodze pisemnej umowy lub porozumienia, na podstawie obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych,
 5. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej,
 6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach prawa, w szczególności wynikający z kategorii akt, do których klasyfikuje się ta sprawa na podstawie Rozporządzenia z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych,
 7. posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych,
 8. posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa,
 9. podanie przez Panią/Pana danych wynika z przepisów prawa. Nie podanie przez Panią/Pana danych uniemożliwia realizację obowiązków, o których mowa w pkt. 3,
 10. podane przez Pana/Panią dane nie będą służyły profilowaniu oraz zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)