

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Raciborski

I. Dane wnioskodawcy

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania,.....
.....
3. Nazwa szkoły/placówki, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony
.....
4. Zakreślić właściwe:
 - 1) Nauczyciel czynny zawodowo (podać wymiar zatrudnienia nauczyciela)
 - 2) Nauczyciel emeryt
 - 3) Nauczyciel rencista
5. Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną
.....
6. Numer PESEL.....

II. Informacje uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej

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

III. Oświadczam, iż wysokość dochodu brutto (ze wszystkich źródeł dochodu) w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy wynosi:

.....

IV. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych, którym jest Starosta Raciborski, mający siedzibę w Raciborzu przy Placu Stefana Okrzei 4 w celu realizacji złożonego wniosku.

Znana mi jest treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych klientów Starostwa Powiatowego w Raciborzu dotycząca moich praw wynikających z "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).
Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....
(data i podpis)

Załączniki:

- 1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające fakt istnienia choroby, wystawione nie wcześniej niż na trzy miesiące przed datą złożenia wniosku;
- 2) oświadczenie o poniesionych kosztach leczenia;
- 3) rachunki za poniesione koszty leczenia;
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie);

.....
(data i podpis)

VI. Propozycja Komisji rozpatrującej wnioski o udzielenie pomocy zdrowotnej.

Komisja na posiedzeniu w dniuproponuje przyznanie pomocy zdrowotnej w wysokościzł. (słownie złotych:)

Podpisy członków komisji:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

VII. Decyzja Starosty Raciborskiego.

Proponuję przyznać/odmówić pomoc zdrowotną

Racibórz, dnia

* *właściwe podkreślić*