

Załącznik nr 1
do Uchwały Nr IX/75/2015
Rady Miasta Nowego Sącza
z dnia 17 marca 2015 r.

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

(imię i nazwisko nauczyciela)

(adres zamieszkania, telefon)

(status nauczyciela: nauczyciel czynny zawodowo – podać nauczany przedmiot i wymiar zatrudnienia, na emeryturze, rencie, nauczycielskim świadczeniu kompensacyjnym)

Prezydent Miasta Nowego Sącza
za pośrednictwem dyrektora

(nazwa szkoły/placówki)

Zwracam się z prośbą o przyznanie zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną.

Uzasadnienie

Proszę o przekazanie przyznanego zasiłku na nr rachunku bankowego/*

[illegible]

/* w przypadku niewskazania numeru rachunku zasiłek zostanie wypłacony w danej szkole

(miejscowość, data)

(czytelny podpis nauczyciela lub upoważnionej osoby)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodna z rozporządzeniem o ochronie danych osobowych RODO

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie zapomogi zdrowotnej przez administratora danych .
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Dane do kontaktu z upoważnioną osobą:

Adres:

Tel.:

Dokumenty załączone do wniosku:

- ☐ zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w § 8 ust. 4 pkt 1,
- ☐ faktury, rachunki imienne potwierdzające poniesienie kosztów związanych z leczeniem lub zakupem, o których mowa w § 8 ust. 4 pkt 2 w roku kalendarzowym składania wniosku,
- ☐ oświadczenie nauczyciela o wysokości średniego miesięcznego dochodu ze wszystkich źródeł przychodu z całego roku kalendarzowego poprzedzającego rok złożenia wniosku, przypadającego na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym – według wzoru,
- ☐ upoważnienie do złożenia wniosku w imieniu nauczyciela.

Potwierdzenie dyrektora szkoły:

Potwierdza się, że Pan(i)

.....
jest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.:

1) jest nauczycielem przedmiotu zatrudnionym w

.....
w wymiarze etatu lub w łącznym wymiarze etatu,

2) jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w

.....
3) jest byłym nauczycielem zlikwidowanej szkoły

.....
pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć szkoły)

.....
(podpis i pieczęć dyrektora)

Załącznik nr 2
do Uchwały Nr IX/75/2015
Rady Miasta Nowego Sącza
z dnia 17 marca 2015 r.

**Oświadczenie
o sytuacji finansowej rodziny**

Oświadczam że:

- 1) łączny dochód wszystkich członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodu z całego roku kalendarzowego poprzedzającego rok złożenia wniosku wynosi -..... zł
- 2) ilość członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym -
- 3) średni miesięczny dochód na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu z całego roku kalendarzowego poprzedzającego rok złożenia wniosku o pomoc zdrowotną wynosi: (słownie:)

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodna z rozporządzeniem o ochronie danych osobowych RODO

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu do ewidencji dla potrzeb procesu związanego z ewidencją szkoły niepublicznej (innej formy wychowania przedszkolnego)/ placówki przez administratora danych .
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)