

Dyrektor
Szkoły Podstawowej Nr 45
z Oddziałami Integracyjnymi
im. Św. Jana Pawła II w Białymstoku

WNIOSEK
o przyznanie świadczenia pieniężnego ze środków finansowych
przeznaczonych na pomoc zdrowotną

.....
/wnioskodawca - imię i nazwisko/

.....
/adres zamieszkania i nr telefonu/

.....
/szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony/

Wnoszę o przyznanie świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

Uzasadnienie

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

Do wniosku dołączam:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,
- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia,
- oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób w rodzinie.

.....
/miejscowość i data/

.....
/podpis wnioskodawcy/

II. Oświadczenie o wysokości dochodów na członka rodziny

Podstawę do przyznania świadczenia stanowi dochód netto na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu (np. wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę, działalność gospodarcza, umowa zlecenie lub o dzieło, alimenty, emerytury, renty, zasiłki, dochód z gospodarstwa rolnego, itp.) osiągniętych w ciągu 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku przez wszystkich członków rodziny wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe.

Lp.	Nazwisko i imię wnioskodawcy oraz osób wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe	Stopień pokrewieństwa	Miejsce pracy (źródło utrzymania)	Wysokość dochodu netto z ostatnich 6 miesięcy

Ja niżej podpisany(a) niniejszym oświadczam, że łączne dochody netto wszystkich członków mojej rodziny wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniosły zł, co w przeliczeniu na jedną osobę w rodzinie wynosi zł

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej (art. 233 k.k.), prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
/podpis wnioskodawcy/

III. Opinia Komisji:

Komisja opiniuje pozytywnie/negatywnie* złożony wniosek i proponuje przyznać pomoc finansową w wysokości zł (słownie: / odmówić przyznania pomocy finansowej*.

Uzasadnienie:

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

Podpisy członków Komisji:

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

IV. Decyzja Dyrektora

Przyznaję świadczenie pieniężne w kwocie zł (słownie:)

*niepotrzebne skreślić

.....
/podpis i pieczęć dyrektora/

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych zawartych w złożonym wniosku o przyznanie Świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną w ramach realizacji uchwały Nr XV/I51/07 Rady Miejskiej Białegostoku z dnia 3 września 2007 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania:

- 1) Administratorem danych jest Dyrektor Szkoły Podstawowej Nr 45 z Oddziałami Integracyjnymi im. Świętego Jana Pawła II w Białymstoku, ul. Łagodna 10, 15-950 Białystok;
- 2) Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: Szkoła Podstawowa Nr 45 z Oddziałami Integracyjnymi im. Świętego Jana Pawła II w Białymstoku, ul. Łagodna 10, 15-950 Białystok; tel. 85 664 46 80, e-mail: sp45@um.bialystok.pl;
- 3) Dane osobowe są zbierane w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie Świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną w ramach realizacji uchwały Nr XV/I51/07 Rady Miejskiej Białegostoku z dnia 3 września 2007 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania;
- 4) Dane będą udostępniane członkom komisji do weryfikacji i opiniowania wniosków o przyznanie Świadczeń pieniężnych ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla dyrektorów przedszkoli, szkół i placówek oświatowych Miasta Białegostoku powołanej zarządzeniem Dyrektora Szkoły Podstawowej Nr 45 z Oddziałami Integracyjnymi im. Świętego Jana Pawła II w Białymstoku;
- 5) Pozyskane dane będą przechowywane przez okres 5 lat;
- 6) Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania dostępu do własnych danych, prawo do sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
- 7) Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych;
- 8) Podanie danych jest warunkiem rozpatrzenia wniosku w sprawie przyznania Świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, a ich niepodanie skutkować będzie pozostawieniem Pani/Pana wniosku bez rozpatrzenia (z wyjątkiem numeru telefonu);
- 9) Podanie danych w postaci numeru telefonu jest dobrowolne, jednak ich nie podanie może skutkować wydłużeniem procesu rozpatrzenia wniosku.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis nauczyciela/emeryta