

Znak sprawy	Data złożenia wniosku

Prezydent
Miasta Będzina

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

Dane nauczyciela (którego dotyczy wniosek)											
Imię i nazwisko nauczyciela											
PESEL											
Nr telefonu lub/i adres poczty elektronicznej											
Adres zamieszkania	(ulica, nr domu, nr mieszkania)										
	kod pocztowy				-			miejscowość			
Wniosek dotyczy (właściwe należy zaznaczyć „v”)	nauczyciela czynnego zawodowo										<input type="checkbox"/>
	nauczyciela: emeryta/rencisty/otrzymującego świadczenie kompensacyjne										<input type="checkbox"/>
Miejsce zatrudnienia / ostatnie miejsce zatrudnienia	nazwa szkoły										
Potwierdzenie zatrudnienia przez dyrektora szkoły (pieczęć szkoły; podpis i pieczęć dyrektora szkoły)											
Oświadczenie o dochodach											
<p>*Miesięczne dochody z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadające odpowiednio na osobę samotnie gospodarującą lub na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym, przy czym miesięczna wysokość dochodu podlega ustaleniu na zasadach określonych w art. 8 ust. 3-13 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.</p>											
Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Miejsce pracy - nauki	Wysokość dochodu z ostatnich <u>3 miesięcy</u> w zł						
1.		nauczyciel, którego dotyczy wniosek									
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
A.	łączny dochód w rodzinie										
B.	Liczba osób w rodzinie wspólnie zamieszkujących i gospodarujących										
C.	Średni dochód na osobę w rodzinie (C=A/B)										
D.	Średni miesięczny dochód na osobę w rodzinie (D=C/3)										

<p>Uzasadnienie wniosku</p> <p><i>(wskazanie rodzaju świadczenia zgodnie z § 1 ust. 1 uchwały Nr X/73/2025 z dnia 14 lutego 2025 roku w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania)</i></p>

[illegible]

Proszę o przekazanie środków na rachunek bankowy	
Właściciel rachunku bankowego:	
Nazwa banku:	

	-					-						-					-					-					-				
--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

Oświadczenie

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE) **wyrażam zgodę** na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych, zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

Wiem, że podanie danych jest dobrowolne oraz że mam prawo kontroli przetwarzania swoich danych osobowych, prawo dostępu do treści tych danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.

Zostałam/-em poinformowana/-y o przysługującym mi prawie do cofnięcia zgody, w dowolnym momencie, w formie, w jakiej została ona wyrażona. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Będzin, dnia