

TERMINY SPOTKAŃ KOMISJI ZDROWOTNEJ W 2024 ROKU

I posiedzenie komisji - 29 marca 2024 r. - termin złożenia dokumentów do 25 marca.

II posiedzenie komisji - 14 czerwca 2024 r. - termin złożenia dokumentów do 10 czerwca.

III posiedzenie komisji - 27 września 2024 r. - termin złożenia dokumentów do 23 września.

IV posiedzenie komisji - 6 grudnia 2024 r. - termin złożenia dokumentów do 2 grudnia.

Dokumenty należy składać
w Biurze Głównym Urzędu
m. st. Warszawy
Aleje Jerozolimskie 44
00-024 Warszawa

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....
Nauczyciel (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania, telefon

.....
Czynny, emerytowany, przebywający na rencie – wpisać jedną z możliwości

.....
Miejsce pracy (podstawowe) – dla emerytów/rencistów było miejsce pracy

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
W załączeniu do wniosku przedkładam:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela;
- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (tylko faktury i rachunki imienne), bądź kwotę przewidywanych kosztów leczenia;
- oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny;
-
-

.....
Podpis wnioskodawcy

.....
Miejscowość i data

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Na podstawie 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), Dz.U.UE.L.2016.119.1 (dalej: RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w związku z przyznawaniem pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i nauczycieli emerytów i rencistów jest Prezydent m.st. Warszawy, pl. Bankowy 3/5, 00-950 Warszawa.
2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych ma Pani/Pan możliwość skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Urzędzie m.st. Warszawy za pomocą adresu iod@um.warszawa.pl
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celach wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, w tym w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, organizacji wypłaty świadczeń, dokumentowania procesu rozpatrywania wniosku i wypłaty świadczeń, kontroli nad wydatkowaniem środków, ochrony praw i realizacji roszczeń oraz w celach archiwalnych.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO i jest niezbędne dla wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, które wynikają z art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018 r. poz. 967 z późn. zm.) oraz z uchwały Nr XIII/405/2007 Rady Miasta Stołecznego Warszawy z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach, szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest m.st. Warszawa. (Dz. Urz. Woj. Maz. poz. 4442)
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których tu mowa odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być :
 - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
 - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów zawartych z m.st. Warszawą przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Prezydent m.st. Warszawy;
 - c) wskazany przez Panią/Pana bank w związku z realizacją płatności.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych wyżej celów nie dłuższy niż do rozpatrzenia wniosku i wypłaty świadczenia oraz czasu przechowywania na podstawie odrębnych przepisów prawa archiwizacyjnego.
7. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania w przypadkach określonych w art. 18 RODO.
8. W związku ubieganiem się o przyznanie pomocy zdrowotnej i wypłatą świadczeń Pani /Pana dane osobowe nie będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) lub f) RODO, zatem prawo do wniesienia sprzeciwu na podstawie art. 21 RODO nie będzie mogło być zrealizowane; podobnie ze względu na to, że podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, a dane nie będą przetwarzane wyłącznie automatycznie nie będzie mogło być zrealizowane prawo do przenoszenia danych na podstawie art. 20 RODO.
9. Pani/Pana dane nie będą profilowane, ani nie będą przetwarzane wyłącznie automatycznie, żadna decyzja nie będzie podejmowana automatycznie.
Pani/Pana dane nie będą przekazywane za granicę ani do organizacji międzynarodowych.
10. Jeśli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa, ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych, ul. Stawki 2, Warszawa, z tym że prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.
11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale bez nich nie jest możliwe ani rozpatrzenie wniosku, ani wypłata świadczenia, dlatego w przypadku ich niepodania wniosek nie będzie rozpatrzony.

.....
Podpis wnioskodawcy

.....
Miejscowość i data

Oświadczenie o dochodach brutto przypadających na członka rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną.

.....
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

We wspólnym gospodarstwie domowym wraz ze mną pozostają następujące osoby:

| L.p. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia dziecka | Rodzaj szkoły (uczelni) rok nauki | Dochody brutto z ostatnich 3 miesięcy |
|------|-----------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1 | | wnioskodawca | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |

Oświadczam, że średni dochód brutto wyliczony na podstawie przychodów opodatkowanych i nieopodatkowanych ze wszystkich źródeł osób, które pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym wynosizł.

(słownie zł. na jedną osobę)

Potwierdzam prawdziwość danych własnoręcznym podpisem. Znane mi są przepisy Uchwały Nr XIII/405/2007 Rady m.st. Warszawy z dn. 12.lipca 2007 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach, szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest m.st. Warszawa. Świadomy/a jestem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (Art.247 KK).

.....
data

.....
(podpis)

Uwaga

W rubryce „Dochody brutto” należy podać wszystkie źródła dochodu (pobory, emeryturę, rentę, zasiłek pielęgnacyjny, alimenty, inne).

Średni miesięczny dochód brutto przypadający na osobę w rodzinie oblicza się dzieląc sumę dochodów z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym przez łączną liczbę osób pozostających w tym gospodarstwie.