

**Zarządzenie 169/2019**  
**Wójta Gminy Michałowice**  
**z dnia 12 lipca 2019 r.**

**w sprawie powołania Komisji zdrowotnej do rozpatrywania wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli prowadzonych przez Gminę Michałowice.**

Na podstawie art. 30 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2019 r., poz. 506) oraz uchwały Nr V/45/2019 Rady Gminy Michałowice z dnia 15 lutego 2019r. w sprawie przeznaczenia środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół i przedszkoli prowadzonych przez Gminę Michałowice oraz przyjęcia regulaminu gospodarowania tymi środkami ( Dz. Urz. Województwa Mazowieckiego z 2019r. poz. 4017 z późn. zm.) zarządzam, co następuje:

**§ 1**

1. Dyrektor szkoły powołuje Komisję zdrowotną złożoną z 5 nauczycieli czynnych zawodowo, w celu racjonalnego i jawnego gospodarowania funduszem zdrowotnym.
2. Do zadań Komisji zdrowotnej należy opiniowanie wniosków o przyznanie pomocy finansowej z funduszu zdrowotnego.
3. Komisja zdrowotna sporządza protokół ze swoich prac.
4. Wnioski o pomoc zdrowotną rozpatrywane są dwa razy w roku budżetowym (czerwiec, listopad). W uzasadnionych przypadkach posiedzenia Komisji mogą odbywać się częściowo.
5. Wzór wniosku oraz oświadczenia o wysokości dochodów, przypadających na jednego członka rodziny, w okresie 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, stanowią odpowiednio załączniki Nr 1 i 2 do zarządzenia.

**§ 2**

Wykonanie zarządzenia powierza się dyrektorom placówek oświatowych Gminy Michałowice.

**§ 3**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Wniosek**  
**o przyznanie świadczenia pieniężnego w ramach pomocy zdrowotnej**

.....  
1) Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....  
2) Adres zamieszkania, telefon

.....  
3) Nauczyciel, nauczyciel przebywający na emeryturze, rencie lub świadczeniu kompensacyjnym- wpisać jedną z możliwości

.....  
4) Miejsce pracy - dla emerytów/rencistów lub przebywających na świadczeniu kompensacyjnym były miejsce pracy

**Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z uzasadnieniem:**

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę, wystawione nie wcześniej niż 3 m-ce od daty złożenia wniosku,
- 2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty leczenia w okresie 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku,
- 3) oświadczenie o wysokości dochodów, przypadających na jednego członka rodziny, w okresie 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku,
- 4) inne dokumenty uzasadniające potrzebę przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczyciela

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis wnioskodawcy

**Opinia Komisji zdrowotnej** .....

Podpisy Komisji zdrowotnej:

1.....

4.....

2.....

5.....

3.....

**Dyrektor przyznaje pomoc zdrowotną w wysokości** .....

.....  
Data, pieczętka i podpis dyrektora

## **Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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), informujemy, iż: informujemy, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Placówka reprezentowana przez Dyrektora, w której składany jest wniosek.

Sposoby kontaktu z inspektorem ochrony danych to adres e-mail: [iodo.cuw@michalowice.pl](mailto:iodo.cuw@michalowice.pl)

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas określony w odrębnych, szczegółowych przepisach prawa.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, prawo do ograniczenia ich przetwarzania/, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

Prysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem, przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym rozpatrzenia wniosku. Brak podania danych osobowych będzie skutkowało niemożliwością jego rozpatrzenia.

Informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane żadnym odbiorcom danych poza wskazanymi przez przepisy i nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

**Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach brutto przypadających na członka rodziny w okresie 3-  
miesiący poprzedzających złożenie wniosku**

**Średni dochód miesięczny brutto przypadający na osobę wynosi: ..... zł\***

.....  
(data i podpis składającego informację)

\*) oznacza łączny dochód brutto, każdego członka rodziny prowadzącego wspólne gospodarstwo domowe. W przypadku dochodu uzyskiwanego z gospodarstwa rolnego, podobnie jak przy świadczeniach rodzinnych co wynika z art.5 ust.8 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych ( Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.), przyjmuje się, że z 1 ha przeliczeniowego uzyskuje się dochód miesięczny w wysokości 1/12 dochodu ogłaszanego corocznie, w drodze obwieszczenia przez Prezesa GUS, na podst. art. 18 ustawy z dnia 15 listopada 1984 r. o podatku rolnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 1256).