

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO
W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ**

I. DANE WNIOSKODAWCY <i>(wypełnia wnioskodawca)</i>	
1.	Imię i nazwisko wnioskodawcy:
2.	Adres zamieszkania:
3.	Posiadany status: <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i> <input type="checkbox"/> nauczyciel czynny zawodowo <input type="checkbox"/> nauczyciel emeryt <input type="checkbox"/> nauczyciel rencista <input type="checkbox"/> nauczyciel pobierający świadczenie kompensacyjne
4.	Miejsce pracy: <i>(w przypadku emeryta /rencisty /osoby pobierającej nauczycielskie świadczenie kompensacyjne wnioskodawca podaje szkołę lub placówkę z której odszedł na emeryturę/rentę/nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)</i>
II. ZAKRES I UZASADNIENIE WNIOSKU <i>(wypełnia wnioskodawca)</i>	
1.	Wnioskuje o przyznanie pomocy zdrowotnej w związku z: <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i> <i>zgodnie z § 4 ust. 2 uchwały nr VII/20/7/2025 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 17 listopada 2025 r. pomoc zdrowotna przyznawana jest nauczycielom w związku z poniesionymi przez nich wydatkami na zakup leków, usług medycznych, sprzętu medycznego lub rehabilitacyjnego oraz wydatki związane z leczeniem szpitalnym, poszpitalnym, specjalistycznym oraz rehabilitacją leczniczą</i> <input type="checkbox"/> przewlekłą lub ciężką chorobą wymagającą stałych konsultacji lekarskich i ciągłego przyjmowania leków <input type="checkbox"/> długotrwałym leczeniem szpitalnym lub poszpitalnym <input type="checkbox"/> długotrwałym leczeniem specjalistycznym <input type="checkbox"/> rehabilitacją leczniczą związaną z chorobą lub wypadkiem

2. Uzasadnienie wniosku
(uzasadnienie powinno odnosić się do punktu/punktów wskazanych w pkt II.1)

Empty dashed box for justification of the application.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podaję zgodnie z prawdą, co potwierdzam złożonym podpisem

.....
data i podpis wnioskującego

III. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU
(wypełnia wnioskodawca)

RODZAJ ZAŁĄCZNIKA

1. Imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesione wydatki związane z pomocą zdrowotną, wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy przed złożeniem wniosek **(zgodnie ze wskazaniem z pkt II.1)**
- Załączam ... dokumentów.
(należy podać liczbę załączanych faktur lub rachunków)
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające fakt istnienia przewlekłej lub ciężkiej choroby, długotrwałego leczenia lub rehabilitacji leczniczej, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku – **załącznik nr 1 do wniosku**

3.	Oświadczenie o przeciętnych miesięcznych dochodach na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku - załącznik nr 2 do wniosku
4.	Zaświadczenie dyrektora placówki oświatowej, w której nauczyciel jest zatrudniony, a w przypadku nauczyciela emeryta lub rencisty oraz osoby pobierającej nauczycielskie świadczenie kompensacyjne zaświadczenie, że nauczyciel był zatrudniony w szkole przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne – załącznik nr 3 do wniosku
5.	Oświadczenie o korzystaniu lub niekorzystaniu przez nauczyciela z pomocy zdrowotnej w innej placówce oświatowej w roku, w którym składany jest wniosek – załącznik nr 4 do wniosku

IV. POTWIERDZENIE PRZEZ PLACÓWKĘ DATY WPŁYWU WNIOSKU WRAZ Z OPINIĄ DYREKTORA PLACÓWKI
(wypełnia dyrektor placówki lub szkoły)

1.	Data wpływu wniosku do placówki:	
2.	Opinia i podpis Dyrektora placówki dotycząca wniosku:	
	<div style="border: 1px dashed black; height: 300px; width: 100%;"></div>	
	Potwierdzam, że wniosek został sprawdzony pod względem formalnym oraz, że zawiera wszystkie wymagane załączniki.	
	<p>.....</p> <p>pieczęć placówki</p>	<p>.....</p> <p>data i podpis dyrektora placówki lub szkoły</p>

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych dla wnioskodawcy oraz dyrektora placówki/szkoły.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia ogólnego o ochronie danych nr 2016/679 informujemy, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zarząd Województwa Śląskiego z siedzibą w Katowicach, przy ul. Ligonía 46, tel. 48 (32) 20 78 888 (centrala), adres e-mail: kancelaria@slaskie.pl, bip.slaskie.pl;
- 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych (inspektor ochrony danych), adres e-mail: daneosobowe@slaskie.pl;
- 3) Pani/Pana dane będą przetwarzane w celach:
 - a) rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej,
 - b) przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej,
 - c) archiwizacji dokumentacji.
- 4) Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b rozporządzenia), wynikający z:
 - a) ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (w szczególności art. 14 ust. 1 pkt 1, art. 18 pkt 20),
 - b) ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (art. 72),
 - c) uchwały nr VII/20/7/2025 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 17 listopada 2025 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Śląskiego z 2025 r. poz. 6772),
 - d) ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (w szczególności art. 6) i rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych;
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, placówce/szkole zostaną przekazane informacje o wysokości kwoty zasiłku oraz imię i nazwisko osoby uprawnionej, dostawcom systemów informatycznych i usług IT, operatorowi pocztowemu i kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), operatorom platform do komunikacji elektronicznej (w przypadku korespondencji elektronicznej), podmiotom realizującym archiwizację;
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 25 lat. Po upływie tego okresu akta sprawy zostaną przekazane do Archiwum Państwowego;
- 7) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia (przy uwzględnieniu ograniczeń z art. 17 ust. 3 rozporządzenia), ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 8) Podanie danych osobowych jest wymogiem prawnym. Podanie danych jest obowiązkowe, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku i odrzucenie wniosku z uwagi na braki formalne;
- 9) Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia.