

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

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

Adres zamieszkania i numer telefonu

Szkoła, w której wnioskodawca jest zatrudniony lub był.....

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego.

Uzasadnienie:.....
.....
.....

Oświadczam, że średni miesięczny dochód(netto)przypadający na jednego członka rodziny będącego w wspólnym gospodarstwie domowym z trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc wynosi.....(słownie).....

Oświadczam, że zapoznałem /zapoznałam się z klauzulą informacyjną

Klauzula informacyjna zgody z art. 13 ust. 1 RODO

- 1.Administratorem Państwa danych osobowych jest Centrum Mistrzostwa Sportowego w Szczecinie ulica Mazurska 40, , e-mail sekretariat@cmsmazurska.pl
2. Inspektorem Ochrony Danych jest Agnieszka Marciniak Tel. 91 85 22 093, e-mail iod@spnt.pl
3. Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu otrzymania pomocy zdrowotnej, na podstawie art.6 ust. 1 pkt. a i c RODO.
3. Odbiorcami Państwa danych są upoważnieni pracownicy Administratora.
5. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez czas realizacji wniosku i pięciu lat po przekazaniu go do składnicy akt CMS.
6. Mają Państwo prawo żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do niesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
7. Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody, mają Państwo prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uznają państwo, iż przetwarzanie przez Administratora Państwa danych osobowych narusza przepisy dot. ochrony danych osobowych.
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem koniecznym do przyjęcia i zrealizowanie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej. Nie podanie danych we wniosku skutkuje brakiem przyjęcia tego wniosku.

Do wniosku załączam:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,
- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia.

.....
miejsowość, data i podpis wnioskodawcy

Komisja ds. Pomocy Zdrowotnej dla Nauczycieli pozytywni/negatywnie zaopiniowała wniosek.

Proponowana pomoc finansowazł (słownie).....zł.

Podpisy członków Komisji ds. Pomocy Zdrowotnej dla Nauczycieli.

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

Decyzją dyrektora Centrum Mistrzostwa Sportowego udzielono/nie udzielono pomocy zdrowotnej w wysokości zł.

(słownie).....
.....

(podpis dyrektora)