

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ  
ZE ŚRODKÓW WYODRĘBNIONYCH W BUDŻECIE POWIATU BUSKIEGO**

.....  
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....  
Adres zamieszkania, tel.

.....  
Nazwa szkoły/placówki, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

**Uzasadnienie:**

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

**Proszę o przyznanie świadczenia na dofinansowanie kosztów\*:**

- a. zakupu leków, sprzętu medycznego lub rehabilitacyjnego,
- b. pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej,
- c. specjalistycznego leczenia,
- d. usług rehabilitacyjnych.

**W załączeniu przedkładam:**

- a. ....,
- b. ....,
- c. ....,
- d. ....

.....  
data i podpis wnioskodawcy

\* - niepotrzebne skreślić

**Opinia Komisji Zdrowotnej:**

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

Proponowana wysokość pomocy finansowej .....

**Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:**

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

**Rozstrzygnięcie Starosty Buskiego:**

Przyznaję świadczenie w wysokości \* .....  
(kwota)

Odmawiam przyznania pomocy \*.

Busko – Zdrój, dn. ....

.....  
podpis

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI OSIĄGNIĘTEGO DOCHODU

Liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (należy podać wiek dzieci):

.....

Miesięczny dochód rodziny<sup>1</sup> (średnia z 3 ostatnich miesięcy) – netto .....

**Średni dochód na osobę w rodzinie wynosi .....zł**

Uzyskane świadczenia jednorazowe w okresie 3 ostatnich miesięcy – netto .....

Świadoma/y odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym oświadczeniu dane są zgodne ze stanem faktycznym, co stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
data i podpis wnioskodawcy

---

<sup>1</sup> Należy uwzględnić wszystkie stałe dochody rodziny podlegające lub nie podlegające opodatkowaniu

**Zaświadczenie**  
**w sprawie pomocy zdrowotnej z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych**  
**(ZFŚS)**

Zaświadczam, że wnioskodawca

.....

- Nie zwracał się do ZFŚS z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej\*.

- Występował w dniu..... do ZFŚS z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej\*.

Pomoc zdrowotna została / nie została \* przyznana. Wysokość świadczenia .....

Świadoma/y odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 271 Kodeksu Karnego, oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym zaświadczeniu dane są zgodne ze stanem faktycznym, co stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

Miejscowość

.....

Data

.....

Podpis Dyrektora Szkoły

\* - niepotrzebne skreślić

## OŚWIADCZENIE

W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej uprzejmie proszę o przekazanie środków finansowych na poniższy numer rachunku bankowego\* /lub odbiorę świadczenie osobiście w kasie Starostwa Powiatowego w Busku – Zdroju\*

.....  
nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....  
data i podpis wnioskodawcy

\* - niepotrzebne skreślić

.....  
(Miejscowość, data)

## **Klauzula informacyjna dotycząca zbierania danych od osoby, której dane dotyczą**

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 *w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016 r.* (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119 z dnia 4 maja 2016 r.), dalej zwane jako RODO, informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Starosta Buski z siedzibą w Starostwie Powiatowym w Busku - Zdroju, przy ul. Mickiewicza 15, 28-100 Busko - Zdrój,
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Starostwie Powiatowym w Busku - Zdroju możliwy jest pod numerem tel. 41-370-50-27 lub adresem e-mail: iod@powiat.busko.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udzielenia bezzwrotnej pomocy finansowej dla nauczycieli na podstawie art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. *Karta Nauczyciela*,
- 4) Pani/Pana dane Administrator może przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie i w granicach przepisów prawa,
- 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych i prawo do ich sprostowania,
- 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- 7) podanie danych osobowych jest wymogiem **ustawowym**; niepodanie danych w zakresie wymaga-nym przez Administratora może skutkować brakiem możliwości wypłaty żądanego świadczenia,
- 8) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z wymogami Ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. *o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach*,
- 9) Pani/Pana dane nie będą przekazywane odbiorcom w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej,
- 10) Pani/Pana dane nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Potwierdzam zapoznanie się z klauzulą

.....  
(Podpis)