



Burmistrz Miastka  
ul. Grunwaldzka 1  
77-200 Miastko

1 Numer sprawy oraz data wpływu dokumentu  
(Wypełnia Urząd)

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz.U. 2026 poz. 515)

### A DANE WNIOSKODAWCY (NAUCZYCIELA)

|                           |            |                                 |             |
|---------------------------|------------|---------------------------------|-------------|
| 2 Imię                    | 3 Nazwisko |                                 |             |
| 4 Miejscowość             |            | 5 Kod pocztowy                  |             |
| 6 Ulica                   |            | 7 Nr domu                       | 8 Nr lokalu |
| 9 E-mail (nieobowiązkowo) |            | 10 Nr telefonu (nieobowiązkowo) |             |

### B TREŚĆ WNIOSKU

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi pomocy zdrowotnej.

#### B1 STATUS NAUCZYCIELA

|                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 Status wnioskodawcy                                                                                                                                                                        |
| a) Nauczyciel <b>TAK/NIE</b>                                                                                                                                                                  |
| b) Nauczyciel emerytowany <b>TAK/NIE</b>                                                                                                                                                      |
| c) Nauczyciel przebywający na rencie <b>TAK/NIE</b>                                                                                                                                           |
| d) Nauczyciel przebywający na nauczycielskim świadczeniu kompensacyjnym <b>TAK/NIE</b>                                                                                                        |
| 12 Miejsce pracy, w którym wnioskodawca jest zatrudniony (dot. nauczycieli czynnych) – należy podać nazwę szkoły                                                                              |
| 13 Miejsce pracy, w którym nauczyciel był zatrudniony (nauczyciel emerytowany, przebywający na rencie, przebywający na nauczycielskim świadczeniu kompensacyjnym) – należy podać nazwę szkoły |

#### B2 PRZEKAZANIE POMOCY FINANSOWEJ

|                             |
|-----------------------------|
| 14 Nazwa banku              |
| 15 Numer rachunku bankowego |

#### B3 UZASADNIENIE ZŁOŻENIA WNIOSKU

|  |
|--|
|  |
|--|

## C OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że:

|                                                                                                                                                                                                                                       |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 1. Jestem nauczycielem zatrudnionym <b>TAK/NIE</b>                                                                                                                                                                                    |                           |
| 1a Miejsce zatrudnienia (nazwa szkoły)                                                                                                                                                                                                | 1b Najwyższy wymiar etatu |
| 2. Jestem nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne byłem/byłam zatrudniony/zatrudniona <b>TAK/NIE</b>                                                                    |                           |
| 2a Miejsce zatrudnienia (nazwa szkoły)                                                                                                                                                                                                |                           |
| 3. Jestem byłym nauczycielem zlikwidowanej placówki oświatowej, pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany <b>TAK/NIE</b> |                           |
| 3a Nazwa zlikwidowanej placówki oświatowej                                                                                                                                                                                            |                           |
| 3b Miejsce, gdzie naliczany jest zakładowy fundusz świadczeń socjalnych                                                                                                                                                               |                           |

**Oświadczam, że koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione wydatki leczenia nie były refundowane z innych źródeł.**

## D PODPIS

|                                         |                        |
|-----------------------------------------|------------------------|
| 16 Miejscowość                          | 17 Podpis wnioskodawcy |
| 18 Data wypełnienia (dzień-miesiąc-rok) |                        |

## E ZAŁĄCZNIKI

- Załącznik nr 1 - Aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie nauczyciela.
- Załącznik nr 2 - Oryginały imiennych dokumentów (rachunków, faktur, paragonów z nr NIP osoby leczącej się) potwierdzających poniesienie kosztów leczenia (za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku).
- Załącznik nr 3 - Oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny <załącznik jest dostępny na <https://miastko.miasto.plus>>.

DRUK wg standardu WCAG 2.1 AA

## CHCESZ ZAŁATWIĆ SPRAWĘ W URZĘDZIE?

### Zapraszamy do kontaktu



elektronicznie **sekretariat@um.miastko.pl**



telefonicznie **+48 59 857 07 00**



bezpośrednio **Urząd Miejski w Miastku  
ul. Grunwaldzka 1, 77-200 Miastko**

## KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z realizacją wymogów 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Miejskim w Miastku jest Burmistrz Miastka, ul. Grunwaldzka 1, 77-200 Miastko.
2. Administrator powołał Inspektora ochrony danych osobowych, w razie pytań odnośnie sposobu i zakresu przetwarzania danych można kontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: [iodo@um.miastko.pl](mailto:iodo@um.miastko.pl).
3. Dane osobowe zgodnie z art. 6 ust. 1 RODO przetwarzane są zgodnie z prawem wyłącznie w określonych celach i w niezbędnym zakresie.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu prawidłowej obsługi procesu przyznawania środków finansowych w ramach pomocy zdrowotnej. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze), art. 9 ust. 2 lit. b) RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, lub porozumieniem zbiorowym na mocy prawa państwa członkowskiego przewidującymi odpowiednie zabezpieczenia praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą), art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91 d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela (t. j. Dz.U. z 2018 r. poz. 967 z późn. zm.) oraz niniejszej Uchwały Rady Miejskiej w Miastku w sprawie uchwalenia regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganych przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
7. Podanie przez Panią/Pana danych jest warunkiem koniecznym do ubiegania się o pomoc zdrowotną. 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.
8. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
  - a) prawo dostępu do danych osobowych;
  - b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych;
  - c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych;
  - d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - e) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
9. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osób na przetwarzanie danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.
10. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.