

WNIOSEK O PRZYZNANIE ZAPOMOGI ZDROWOTNEJ

[illegible]

Wniosek													
Wnioskowana kwota zapomogi													złotych
Przeznaczenie środków <i>(należy oznaczyć „X” przy prawidłowym):</i>													
☐ leczenie i rehabilitacja z powodu przewlekłej lub ciężkiej choroby													
☐ leczenie w innej miejscowości z powodu braku odpowiedniej placówki służby zdrowia w miejscu zamieszkania, w tym kosztów dojazdów													
☐ zakup sprzętu niezbędnego do rehabilitacji													
☐ operacja prowadzona prywatnie w przypadku jeśli przeprowadzenie jej w trybie pilnym było uzasadnione a nie było możliwości przeprowadzenia jej w placówkach publicznej służby zdrowia													
☐ inna sytuacja zdrowotna													
Do wniosku należy dołączyć komplet dokumentów o których mowa w § 17 ust. 2 Regulaminu gospodarowania scentralizowanymi środkami Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych na cele mieszkaniowe oraz zdrowotne pracowników Ochotniczych Hufców Pracy													

Oświadczenie w zakresie sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej

Oświadczam, że w roku poprzedzającym złożenie wniosku dochód netto mój i osób prowadzących ze mną wspólne gospodarstwo domowe wyniósł łącznie zł. Łączny dochód w przeliczeniu na jednego członka gospodarstwa domowego (łącznie osób), po podzieleniu przez 12 i liczbę członków gospodarstwa wynosi zł.

Dodatkowe informacje mające wpływ na sytuację życiową, materialną i rodzinną:

- przysporzenia rozumiane jako otrzymywane alimenty, świadczenia z programu 800+, rodzinne, stypendia, zasiłki itp., inne otrzymywane świadczenia jednorazowe w przeliczeniu na 12 miesięcy oraz otrzymane zwroty podatku z urzędu skarbowego zł/miesięcznie - nie wpisywać kredytów, pożyczek, PPK itp.;
- zmniejszenia wynikające z płaconych alimentów na rzecz innych osób oraz podatek zapłacony do urzędu skarbowego przy rozliczeniu rocznym w przeliczeniu na 12 miesięcy zł/miesięcznie.

Średnia miesięczna kwota przysporzeń pomniejszona o zmniejszenia w przeliczeniu na 1 członka gospodarstwa domowego wynosi: zł.

Łączna kwota dochodu netto wraz z przysporzeniami pomniejszona o zmniejszenia wynosi zł/osobę/miesiąc (słownie: zł).

Informacja o sytuacji zdrowotnej oraz o innych okolicznościach dotyczących mojej sytuacji życiowej, rodzinnej, materialnej (np. niepełnosprawne dziecko, ciężka choroba, posiadane orzeczenia o niepełnosprawności itp.) będących podstawą występowania o przyznanie zapomogi zdrowotnej ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że dane zawarte w oświadczeniu będą wykorzystywane przez dysponenta funduszu wyłącznie do celów związanych z przyznaniem świadczeń z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych, co oznacza, że nie będą gromadzone ani przetwarzane do innych celów. Świadom odpowiedzialności wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem pod wnioskiem.

Klauzula informacyjna dla osób korzystających ze scentralizowanego Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych

Zgodnie z art. 13 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 (tj. ogólne rozporządzenie o ochronie danych Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016 r. oraz Dz. Urz. UE L 127/2 z 23.05.2018), zwanego dalej RODO, informujemy iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Komendant Główny OHP z siedzibą w Warszawie, przy ul. Tamka 1,00-349 Warszawa.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem e-mail: iodkg@ohp.pl lub pisząc na adres: Inspektor Ochrony Danych KG OHP, ul. Tamka 1, 00-349 Warszawa w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji Pani/Pana wniosku o przyznanie świadczeń socjalnych ze scentralizowanego Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (ZFŚS) OHP oraz w celach archiwalnych.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie: art. 6 ust. 1 lit c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w związku z art. 8 ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz.U. z 2022 poz. 923) oraz ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2020 poz.164)
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości korzystania ze świadczeń ZFŚS w ramach funduszu scentralizowanego.
6. Pani/Pana dane osobowe będą udostępniane tylko podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotów działających na zlecenie administratora danych w formie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż jest to niezbędne do zrealizowania przysługujących Pani/Panu świadczeń socjalnych z ZFŚS oraz do dochodzenia do nich praw lub roszczeń i w celach archiwizacyjnych przez okres określony przepisami prawa w tym zakresie.
8. Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania lub do ich usunięcia, o ile pozwalają na to przepisy prawa.
9. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w sytuacji gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych.

10. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

11. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegać decyzji, która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu (art. 13 ust. 2 lit. f RODO).

PODSUMOWANIE	
Data i podpis wnioskodawcy	
Opinia kierownika jednostki uczestniczącej:	
Data, pieczętka i podpis uprawnionego pracownika kadr	
Data, pieczętka i podpis kierownika jednostki uczestniczącej	

WYPEŁNIA PRZEWODNICZĄCY KOMISJI	
<i>Oświadczam, że komisja scentralizowana zapoznała się z dokumentami dołączonymi do wniosku o przyznanie zapomogi zdrowotnej i po podjęciu decyzji, dokumenty te zostały zwrócone wnioskodawcy.</i>	
☐ Zgodnie z decyzją Komisji scentralizowanej podjętą na posiedzeniu w dniu przyznano zapomogę zdrowotną w kwocie: zł (Protokół nr z dnia).	
☐ Zgodnie z decyzją Komisji scentralizowanej podjętą na posiedzeniu w dniu nie przyznano wnioskowanej zapomogi zdrowotnej. Odmówiono przyznania zapomogi zdrowotnej w związku z: (Protokół nr z dnia).	
Data, podpis i pieczętka przewodniczącego Komisji scentralizowanej	