*Załącznik Nr1 do Regulaminu określającego rodzaje świadczeń*

 *przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli
 przedszkoli i szkół prowadzonych przez Gminę Zagnańsk oraz*

 *warunki i sposób ich przyznawania*

**WNIOSEK**

**o przyznanie pomocy zdrowotnej**

|  |
| --- |
| 1. **DANE OSOBOWE, DLA KTÓREJ SKŁADANY JEST WNIOSEK**
 |
| Nazwisko |  |
| Imię |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Miejsce zatrudnienia 1 |  |
| Wymiar zatrudnienia 2 |  |
| 1. **ADRES ZAMIESZKANIA**
 |
| Ulica |  | Nr domu |  | Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Poczta |  |
| 1. **DANE PODMIOTU WNOSZĄCEGO WNIOSEK** 3
 |
| Imię |  | Nazwisko |  |
| Telefon kontaktowy |  |

Wnoszę o przyznanie świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną.

Uzasadnienie:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Do wniosku dołączam:

1. aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela
2. dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia
3. oświadczenie o przeciętnych miesięcznych dochodach netto na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych przez wszystkich członków prowadzących wspólne gospodarstwo domowe – w ciągu ostatnich 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku,
4. inne: ……………………………………………………………………………………….………........................….

…………………………………………………………………………………………………………………………...…..

Proszę o przekazanie przyznanego świadczenia na nr rachunku bankowego:

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

………………………………………………….. ..…………………..………………………….

 (miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

 W przypadku emeryta/rencisty/osoby pobierającej nauczycielskie świadczenie kompensacyjne należy podać szkołę, z której osoba odeszła na świadczenie.

2 Należy wypełnić, gdy wniosek dotyczy nauczyciela czynnego zawodowo.

3 Należy podać, gdy wnioskodawcą jest podmiot inny niż osoba, dla której składany jest wniosek

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

* 1. Administratorem Państwa danych jest Gmina Zagnańsk (ul. Spacerowa 8, 26-050 Zagnańsk, tel. 41 300 13 22).
	2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo
	kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres
	Administratora.
	3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, przyznawanej przez organ prowadzący szkoły.
	4. Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest 6 ust. 1 lit. c tj. w celu wypełnienia obowiązku prawnego nałożonego na Administratora oraz art. 9 ust. 2 lit. b), czyli 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 w związku z  ustawą z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1762 ze zm.)– zwanej dalej Ustawą.
	5. Państwa dane będą przechowywane przez okres związany z realizacją świadczeń
	a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie
	archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji jednostki, przez okres 5 lat.
	6. Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
	7. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu
	następujące prawa:
1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
4. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
(ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
	1. Podanie przez Państwa danych osobowych wymaganych dla realizacji świadczenia na podstawie Ustawy jest obowiązkowe – nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku.
	2. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez jednostkę umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku
	z realizacją przysługujących Państwu świadczeń - Zeto Software z siedzibą w Olsztynie, VULCAN Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu z siedzibą w a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.