Załącznik nr 1 do Regulamin Funduszu Zdrowotnego

 dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Świdwin

 **Burmistrz Miasta Świdwin**

 **Plac Konstytucji 3 Maja 1**

 **78-300 Świdwin**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

**1. WNIOSKODAWCA**

1. Imię i nazwisko ……………………………………………………………………
2. Adres zamieszkania ………………………………………………………………..
3. Telefon kontaktowy ……………………………………………………………….

**2. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA**

1. Szkoła, w której ubiegający się o pomoc nauczyciel jest lub był zatrudniony\*:

……………………………………………………………………………………..

1. Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku (*właściwe zaznaczyć „X”*):
* czyny zawodowo
* rencista / emeryt
* nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

**3. UZASADNIENIE WNIOSKU**

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli z powodu (należy wskazać przyczynę ubiegania się o świadczenie, zgodną z § 4 ust. 1 Regulaminu):

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

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

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

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

**4. DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM NASTEPUJĄCE DOKUMENTY** *(właściwe zaznaczyć „X”)***:**

* zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki, stosowanie leków, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku;
* imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia, wystawione nie wcześniej niż 16 listopada roku poprzedzającego rok złożenia wniosku - ……… szt.;
* inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (*wymienić jakie*): ……………………………………………………………………………………………………

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

* oświadczenie o wysokości dochodów netto ze wszystkich źródeł przypadających na jednego członka rodziny za okres trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

……………………………………. ……………………………………

 (miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

**5. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO**

Świadczenie przyznane z funduszu zdrowotnego w ramach pomocy zdrowotnej proszę o przekazanie na moje konto nr:

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

……………………………………. ……………………………………

 (miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

**6. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

1. Zgodnie z art. 7 ust. 1 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) (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1), zwanego dalej „RODO” **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej oraz w załączonych do niego dokumentach, przez Urząd Miasta Świdwin, 78-300 Świdwin, Plac Konstytucji 3 Maja 1, wyłącznie w celu jego realizacji.
2. **Zapoznałem (-am)\* się** z treścią klauzuli informacyjnej.

 …………………………………………

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWAŻANIU DANYCH OSOBOWYCH W PROCEDURZE PRZYZNAWANIA POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI**

**Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest**

Urząd Miasta Świdwin z siedzibą: Plac Konstytucji 3 Maja 1, 78-300 Świdwin. Z administratorem danych można się skontaktować poprzez adres e-mail: ratusz@swidwin.pl lub telefonicznie pod numerem 94 365 20 11 lub pisemnie na adres siedziby administratora.

**Inspektor ochrony danych.**

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych, z którym może się Pani skontaktować poprzez e-mail iodo@swidwin.pl, telefonicznie 94 3648017 lub pisemnie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować, w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

**Cele i podstawy przetwarzania.**

Podane przez Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego wynikającego z ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021 r. poz. 1762), którym jest pomoc zdrowotna dla nauczycieli.

Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest niezbędność ich przetwarzania w ramach sprawowania władzy publicznej (art. 6 ust. 1 lit. e 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” - Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) wynikająca z art. 5a ustawy z dnia z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2022 poz. 559), art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021 r. poz. 1762) i uchwały Rady Miasta Świdwin w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Świdwin oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

**Odbiorcy danych osobowych.**

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą Urząd Miasta Świdwin, jednostki administracji publicznej uprawnione do sprawowania kontroli i nadzoru nad prawidłowością funkcjonowania Urzędu Miasta oraz jednostki i organy administracji publicznej mogące potwierdzić prawdziwość podanych przez Panią/Pana informacji.

**Okres przechowywania danych.**

Dane będą przechowywane przez okres określony w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt.

**Prawa osób, których dane dotyczą.**

Zgodnie z RODO przysługuje Państwu:

1.       prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopi,

2.       prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych,

3.       prawo do ograniczenia przetwarzania danych,

4.       prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa.

**Informacja o wymogu podania danych.**

Podanie przez Państwa danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne w celu skorzystania z pomocy wskazanej we wniosku, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia tejże pomocy.

**Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji**

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany, ale nie będą profilowane.