**Załącznik Nr 2 do Regulaminu**

 **Rady Gminy Dominowo**

 **z dnia 28 kwietnia 2021 r.**

 Dominowo, dnia……………….

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI**

**Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek:**

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………..

Telefon kontaktowy……………………………………………………………………………..

Status nauczyciela (nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista)…………………………..

Nazwa szkoły, w której nauczyciel był lub jest zatrudniony…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Dane pełnomocnika upoważnionego do złożenia wniosku\*:**

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………..

Telefon kontaktowy……………………………………………………………………………..

\**wypełnić w przypadku, gdy wniosek składa pełnomocnik upoważniony do złożenia wniosku*

**Uzasadnienie:**

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

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

(*uzasadnienie powinno zawierać m.in. informacje dotyczące poniesionych przez nauczyciela kosztów korzystania z opieki zdrowotnej, w szczególności specjalistycznych usług medycznych, zakupu lekarstw, sprzętu medycznego lub ortopedycznego, rehabilitacji zdrowotnej, korzystania z lecznictwa uzdrowiskowego)*

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela,

2. dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (np. oryginały faktur, rachunków),

3. pełnomocnictwo w przypadku wystąpienia okoliczności złożenia wniosku przez pełnomocnika,

4. inne dokumenty uzasadniające przyznanie zapomogi dla nauczyciela tj;

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

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

**OŚWIADCZENIA:**

**1. Oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela**

**a)** Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) …………………

**b) Oświadczenie o dochodach**

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny z roku poprzedzającego złożenie wniosku, wyliczony na podstawie zeznania rocznego wynosi…………………………………………………………………………………………..

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

**3.** W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej w formie zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli proszę o przelanie środków na:

Konto osobiste nr:………………………………………………………………………………

Nazwa banku: …………………………………………………………………………………...

***Jednocześnie zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.***

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

 (miejscowość i data) (podpis wnioskodawcy)

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

**Na podstawie 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), Dz.U.UE.L.2016.119.1 (dalej: RODO),** informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w związku z przyznawaniem pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i nauczycieli emerytów i rencistów jest Urząd Gminy w Dominowie reprezentowany przez Wójta, Centralna 7, 63-012 Dominowo, email: urzad@dominowo.pl, tel.: +48 612859213.
2. Wójt wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować w sprawach ochrony Pani/Pana danych i realizacji praw z tym związanych, pisemnie na adres urzędu lub pocztą elektroniczną na adres e-mail od24@wp.pl
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celach wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, w tym w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, organizacji wypłaty świadczeń, dokumentowania procesu rozpatrywania wniosku i wypłaty świadczeń, kontroli nad wydatkowaniem środków, ochrony praw i realizacji roszczeń oraz w celach archiwalnych.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO i jest niezbędne dla wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, które wynikają z art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r. poz. 2215 ze zmianami).
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których tu mowa odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być :
6. organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
7. inne podmioty, które na podstawie stosownych umów zawartych z administratorem (w tym podmioty informatyczne, obsługa prawna),
8. wskazany przez Panią/Pana bank w związku z realizacją płatności.
9. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych wyżej celów nie dłuższy niż do rozpatrzenia wniosku i wypłaty świadczenia oraz czasu przechowywania na podstawie odrębnych przepisów prawa archiwizacyjnego.
10. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania w przypadkach określonych w art. 18 RODO.
11. W związku ubieganiem się o przyznanie pomocy zdrowotnej i wypłatą świadczeń Pani /Pana dane osobowe nie będą przetwarzane na postawie art. 6 ust. 1 lit. e) lub f) RODO, zatem prawo do wniesienia sprzeciwu na podstawie art. 21 RODO nie będzie mogło być zrealizowane; podobnie ze względu na to, że podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, a dane nie będą przetwarzane wyłącznie automatycznie nie będzie mogło być zrealizowane prawo do przenoszenia danych na podstawie art. 20 RODO.
12. Pani/Pana dane nie będą profilowane, ani nie będą przetwarzane wyłącznie automatycznie, żadna decyzja nie będzie podejmowana automatycznie.

Pani/Pana dane nie będą przekazywane za granicę ani do organizacji międzynarodowych.

1. Jeśli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa, ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych, ul. Stawki 2, Warszawa, z tym że prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.
2. 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.

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

 (miejscowość i data) (podpis wnioskodawcy)