

.....
(Nazwisko i imię wnioskodawcy)

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Adres do korespondenciji)

(telefon kontaktowy)¹

Burmistrz Miasta Świdnik

WNIOSEK O PRYZYCNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Wnoszę o przyznanie pomocy zdrowotnej w formie zapomogi pieniężnej z funduszu zdrowotnego z powodu *(należy wskazać przyczynę ubiegania się o świadczenie, zgodną z § 3 ust. 1 Regulaminu)*.....

Dane nauczyciela	
Imię i nazwisko:	
adres :	
telefon kontaktowy ¹ :	
Wniosek dotyczy: (zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> nauczyciela zatrudnionego <input type="checkbox"/> nauczyciela: emeryta/rencisty/otrzymującego świadczenie kompensacyjne*
Miejsce zatrudnienia/ostatniego zatrudnienia*	
Wymiar zatrudnienia	
uzasadnienie wniosku:	
<div></div>	

***-niewłaściwe skreślić**

¹ Podanie danych nie jest obowiązkowe, ale bardzo potrzebne dla skutecznego komunikowania się w sprawie udzielenia pomocy zdrowotnej.

W załączeniu do wniosku przedkładam

☐ zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z długotrwałą chorobą wymagającą: a) statycznych konsultacji lekarskich, ciągłego przyjmowania leków; b) leczenia szpitalnego lub poszpitalnego w tym rehabilitacji; c) leczenia specjalistycznego; d) zakupu okularów (oprawki nie są uwzględniane) szkielec/soczewek kontaktowych, środków pomocniczych z zakresu okulistyki: *lupy, monookulary, okulary lupowe, okulary lornetkowe i inne akcesoria dla słabowidzących*; e) zakupu protez, implantów dentystycznych; f) zakupu aparatu słuchowego; g) leczenia specjalistycznego, zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub aparatury medycznej, konsultacji lekarskich na skutek zdarzenia losowego (np. wypadek); h) poniesienia kosztów usług pielęgnacyjno-opiekuńczych **wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku**;

☐ oświadczenie o wysokości kosztów leczenia poniesionych w okresie 12 m-cy poprzedzających złożenie wniosku.

☐ oświadczenie o wysokości osiągniętego dochodu na osobę w rodzinie w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

☐ nr konta bankowego :

(miejscowość i data)

(czytelny podpis wnioskodawcy)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Dz. Urz. UE L Nr 119, informujemy, że:

1. Administratorze Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w związku z przyznawaniem pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i nauczycieli emerytów i rencistów jest Burmistrz Miasta Świdnik (adres: ul. St. Wyspiańskiego 27, telefon kontaktowy: 81 751-76-02).
2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych ma Pani/Pan możliwość skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Urzędzie z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@e-swidnik.pl
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celach wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących 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 jest niezbędne dla wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na administratorze, które wynikają z art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r. poz. 2215 z późn. zm.)
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których tu mowa odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być :
 - a) 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;
 - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów zawartych z Gminą Miejską Świdnik przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Burmistrz Miasta Świdnik;
 - c) wskazany przez Panią/Pana bank w związku z realizacją płatności.
6. 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.
7. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania w przypadkach określonych w art. 18 RODO.
8. W związku ubieganiem się o przyznanie pomocy zdrowotnej i wypłatą świadczeń Pani /Pana dane osobowe nie będą przetwarzane na podstawie 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)