Załącznik nr 1

do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla

nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których

organem prowadzącym jest Gmina Konopiska.

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

1. Wnioskodawca ( imię i nazwisko) …………….....................................................................................

1. Adres zamieszkania i nr tel.: …………….................................................................................................

1. Szkoła (placówka), w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony …………………………………………….

...................................................................................................................................................................

1. Wymiar czasu pracy …………………………………………………………….………………………………………………………..
2. Potwierdzenie zatrudnienia ……………………………………………………………………….………………………………….

 (pieczątka, data i podpis pracodawcy)

**WÓJT GMINY KONOPISKA**

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli.

Uzasadnienie wniosku:

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

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

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

1. *aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie w związku z przewlekłą chorobą lub pobytem szpitalnym;*
2. *dokumenty potwierdzające korzystanie z konsultacji i lekarskich badań specjalistycznych oraz dokumenty potwierdzające potrzebę długotrwałej rehabilitacji, w tym związanej z chorobami zawodowymi i powypadkowymi;*
3. *rachunki za leczenie specjalistyczne;*
4. *rachunki za zakup środków pomocniczych;*
5. *inne dokumenty (proszę wymienić jakie): ………………………………………………………………………………………………………*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**Oświadczenie o wysokości dochodów na członka rodziny**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imięnauczyciela | Dochód \* rodziny( brutto) z ostatnich 3 miesięcy | Ilość członkówrodziny będących nawspólnymgospodarstwie | Dochód brutto na członka rodziny | Poniesione kosztyleczenia wgzałączonych dokumentów | Wyliczenie relacji koszty leczenia/dochód na członka rodziny  |
| D= B:C |  E:D=F |
| A | B | C | D | E | F |
|  |  |  |  |  |  |

*\* Przez dochód rodziny, o którym mowa w załączniku należy rozumieć wartość wszystkich źródeł dochodu rodziny z* ***ostatnich 3 miesięcy*** *poprzedzających datę złożenia wniosku.*

Nr rachunku bankowego wnioskodawcy na jaki ma być przelana kwota ewentualnej pomocy zdrowotnej

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

**UWAGA:**

Niekompletny wniosek nie będzie rozpatrzony i zostanie zwrócony wnioskodawcy.

Świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku.

Miejscowość, dnia ……………………………………………………….. r.

....................................................

*(czytelny podpis wnioskodawcy)*

**Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej**

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

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

**Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:**

1. ………………………………………… ……………………….
2. ………………………………………… ……………………….
3. ………………………………………… ……………………….
4. ………………………………………… ……………………….

**Decyzja Wójta Gminy Konopiska**

1. Przyznaję Pani/Panu..................................................................................................................

bezzwrotną pieniężną zapomogę zdrowotną w wysokości ......................................................

1. odmawiam Pani/Panu .................................................................................................................

przyznania zapomogi zdrowotnej z powodu: …………………………………………………………………………

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

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

Konopiska, dnia …………………………………… r.

*......................................................*

*(podpis Wójta Gminy Konopiska)*

**Klauzula informacyjna** dot. przetwarzania danych osobowych osób ubiegających się o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

Zgodnie z art.13 ust.1 i 2 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.Urz. UE L119 z 04.05.2016, str.1 z późn.zm./ informuję:

|  |  |
| --- | --- |
| Tożsamość i dane kontaktowe Administratora  | Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wójt Gminy Konopiska z siedzibą 42-274 Konopiska ul. Lipowa 5, e-mail: sekretariat@konopiska.pl, tel. (34)328-20-57 |
| Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych  | Administrator – wyznaczył Inspektora ochrony danych – Pan Jacek Orłowski, z którym może się Pani/Pan skontaktować poprzez adres e-mail: iod@konopiska.pl lub pisemnie pod adresem: 42-274 Konopiska ul. Lipowa 5. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych w szczególności w zakresie korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem. |
| Cele przetwarzania i podstawa prawna | Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań Gminy wynikających z przepisów prawa tj.: art. 72 ust.1 i 4, 91d pkt.1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest art.6 ust.1 lit. c RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.  |
| Odbiorcy danych | Pani/ Pana dane mogą być udostępnione podmiotom: - upoważnionym na podstawie przepisów prawa, - przetwarzającym dane na zlecenie i w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w celu świadczenia określonych w umowie usług.  |
| Okres przechowywania danych  | Pani/Pana dane będą przechowywane: - do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, - przez okres niezbędny do realizacji określonego celu/celów, lecz nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji lub innych przepisach prawa, - do czasu cofnięcia zgody, w przypadku przetwarzania danych na podstawie wyrażonej zgody.  |
| Pani/Pana prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych | 1. Do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.
2. Jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody, do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
3. Do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych /PUODO/ ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie dotyczących jej(-jego) danych osobowych narusza przepisy RODO.
 |
| Informacja o zamiarze przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego lub orgfanizacji międzynarodowej  | Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. |
| Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych  | Podanie danych osobowych jest: - niezbędne i wynika z wyżej wskazanych przepisów prawa, - jest dobrowolne w przypadku danych nieobowiązkowych.   |
| Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji w tym o profilowaniu | Przetwarzanie podanych przez Panią/Pana danych osobowych nie będzie podlegało zautomatyzowanemu poodejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO. |

*…………………………………………………….*

 *(*data i podpis)