Załącznik nr 1 do Uchwały Nr XIII/7/2023
Rady Miejskiej w Starachowicach
z dnia 15.12.2023 r.

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

Miejsce pracy .....

(obecne /dla emeryta, rencisty - byłe)

Zwracam się z prośbą o przyznanie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Do wniosku przedkładam:

1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

Oświadczenie:

Oświadczam, że średni dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o pomoc zdrowotną wynosi:.....

słownie zł.....

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art.13 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 119 z 04.05.2016), zwanym w dalszej części „RODO", informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Starachowice, reprezentowana przez Prezydenta Miasta Starachowice z siedzibą ul. Radomska 45, 27–200 Starachowice, tel. 041273-82-02, skrzynkapodawcza@um.starachowice.pl;

2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych, w tym realizacji Pani/Pana praw, Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym należy się kontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej – **wojciech.gawecki@starachowice.eu** ;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu ustalenia przysługującego prawa do pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, na podstawie art.6 ust.1 lit.c oraz art 9 ust. 2 lit. b RODO, art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U.z 2023 r. poz. 984,1234,1586,1672 i 2005);
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
5. Pani/Pana dane będą przetwarzane przez okres wymagany przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną planowo przez okres 5 lat od zakończenia realizacji zadania;
6. W ramach realizowanego celu nie występuje profilowanie, a dane nie będą transferowane poza Polskę.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
8. W przypadku stwierdzenia o naruszeniu przepisów RODO przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie danych osobowych w zakresie obowiązujących przepisów prawa jest obowiązkowe, ich brak uniemożliwia rozpatrzenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Opinia dyrektora szkoły/przedszkola:

.....

.....

.....
(pieczęć szkoły, data i podpis dyrektora)

Opinia komisji d/s pomocy zdrowotnej dla nauczycieli:

Komisja pozytywnie opiniuje wniosek i przyznaje pomoc zdrowotną w wysokości: .....

słownie: .....

Komisja negatywnie opiniuje wniosek.

Uzasadnienie: .....

.....

.....

Podpisy członków komisji:

.....

data

Decyzja Prezydenta Miasta:

Przyznaję zasiłek pieniężny w wysokości:.....

słownie: .....

- Odmawiam przyznania zasiłku pieniężnego

.....
podpis

.....
data