**Wniosek o przyznanie świadczenia pieniężnego w ramach pomocy zdrowotnej**

……………………………………………………………………………..

1) Wnioskodawca ( imię i nazwisko)

…………………………………………………………………………….

2) Adres zamieszkania, telefon

…………………………………………………………………………….

3) Nauczyciel, nauczyciel przebywający na emeryturze, rencie lub świadczeniu kompensacyjnym – wpisać jedną z możliwości

……………………………………………………………………………..

4) Miejsce pracy – dla emerytów/rencistów lub przebywających na świadczeniu kompensacyjnym byłe miejsce pracy

**Zwracam się z prośba o przyznanie pomocy zdrowotnej z uzasadnieniem:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed datą złożenia wniosku,
2. dowody potwierdzające poniesione koszty leczenia (faktury, rachunki) za okres maksymalnie
12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej,
3. kserokopię innych dokumentów dotyczących stanu zdrowia lub przebiegu choroby nauczyciela,
o którym mowa w zaświadczeniu lekarskim.

………………………….. …………………………………

/Miejscowość i data/ /Podpis wnioskodawcy/

**Oświadczenie**

**[ ]** Wyrażam zgodę\* na przetwarzanie przez Starostwo Powiatowe w Wieluniu moich danych osobowych w zakresie numeru telefonu oraz adresu e-mail w celu ułatwienia ze mną kontaktu w ramach procedowania wniosku o przyznanie dodatkowej pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

Cofnięcie zgody na przetwarzanie danych osobowych nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (data i podpis)

\*- *Zaznacz krzyżykiem pole wyboru*

**Klauzula informacyjna**

Wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia PEiR (UE) nr 2016/679 z 27.04.2016 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. z 2016 r. Nr 119, s. 1, ze zm.) – dalej RODO, informuję że:

1. **Administrator danych osobowych**

Starostwo Powiatowe w Wieluniu, Plac Kazimierza Wielkiego 2, 98-300 Wieluń, e-mail: starostwo@powiat.wielun.pl, tel. 43 843 42 80.

1. **Inspektor ochrony danych**

Kontakt - numer telefonu: 727 931 623 lub adres e-mail: iod@powiat.wielun.pl

1. **Cele i podstawy przetwarzania danych osobowych**

Dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o przydzielenie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli na podstawie ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela oraz Uchwały Rady Powiatu w Wieluniu w sprawie przyjęcia Regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek, dla których organem prowadzącym jest Powiat Wieluński oraz warunki i sposób ich przyznawania [art. 6 ust. 1 lit. c RODO i art. 9 ust. 2 lit. g RODO]. Ponadto dane osobowe będą przetwarzane w celu ułatwienia kontaktu w zakresie wyrażonej zgody [art. 6 ust. 1 lit. a RODO.

1. **Odbiorcy danych osobowych**

Odbiorcami będą organy, podmioty, strony postępowania wyłącznie na podstawie przepisów prawa lub podpisanych z administratorem umów powierzenia przetwarzania danych osobowych na świadczenie usług serwisowych dla systemów informatycznych wykorzystywanych przy ich przetwarzaniu lub obsługi prawnej i informatycznej jednostki.

1. **Przekazywanie danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych**

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowej.

1. **Okres przechowywania danych osobowych**

Dane osobowe będą przetwarzane przez czas wymagany przepisami prawa, tj. okres niezbędny do rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy, a następnie przez okres obowiązkowej archiwizacji zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. W przypadku danych kontaktowych dane będą przetwarzane do czasu wycofania zgody.

1. **Zakres przysługujących uprawnień**

Mają Państwo prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, a także ich sprostowania (poprawiania). Przysługuje Państwu także prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także sprzeciwu na przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.

1. **Informacja o przetwarzaniu na podstawie zgody**

Posiada Pan/i prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

1. **Informacje o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego**

W razie powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych, przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

1. **Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych**

Podanie danych osobowych wskazanych we wniosku jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją niepodania danych będzie niemożliwość rozpatrzenia wniosku. Podanie danych kontaktowych jest dobrowolne. Ich niepodanie może wydłużyć nawiązanie kontaktu.