

DO STAROSTY PUCKIEGO

**WNIOSEK
o przyznanej pomocy zdrowotnej**

Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

Imię, nazwisko

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

Status wnioskodawcy

(nauczyciel, emeryt, rencista)

Szkoła/placówka, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony

.....

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej w związku z

.....

.....

.....

.....

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

W załączeniu:

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia,
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty.

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że:

a) średnia wysokość dochodów netto na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną, wynosi: złotych,

b) koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia nie były refundowane z innych źródeł,

c) wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby przyznania dofinansowania z Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO).

W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej proszę o wpłatę środków na numer osobistego rachunku bankowego w banku

.....

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

Informacja dyrektora szkoły/placówki:

Potwierdzam uprawnienia Pani/Pana do korzystania z funduszu zdrowotnego nauczycieli.

.....
(pieczęć szkoły/placówki)

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

Opinia Wydziału Edukacji Starostwa Powiatowego w Pucku:

Wniosek rozpatrzono pozytywnie* / negatywnie*

.....
(pieczęć Wydziału Edukacji)

.....
(data, pieczęć i podpis naczelnika)

DECYZJA STAROSTY PUCKIEGO

**Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej* w wysokości: zł
słownie złotych:**

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej* (uzasadnienie):

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

* niepotrzebne skreślić

.....
(data i podpis Starosty Puckiego)

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych
w związku z ubieganiem się o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli
szkół i placówek oświatowych prowadzonych przez Powiat Pucki**

Zgodnie z 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, dalej zwane RODO) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), Starostwo Powiatowe w Pucku informuje o celach i sposobach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych:

1. Administratorem danych osobowych jest Starostwo Powiatowe w Pucku reprezentowane przez Starostę Puckiego z siedzibą ul. E. Orzeszkowej 5, 84-100 Puck, dane kontaktowe: adres korespondencyjny: ul. E. Orzeszkowej 5, 84-1200 Puck, tel. 58 673 42 02, e-mail: sekretariat@starostwo.puck.pl

2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: ul. E. Orzeszkowej 5, 84-100 Puck, e-mail: iodo@starostwo.puck.pl

3. Celem przetwarzania Pani/Pana danych jest przyznanie pomocy z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Pucki.

4. Podstawa prawna przetwarzania danych.

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit.c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, określonego w art. 72 ust. 1 i ust. 4 w związku z art. 94d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela oraz uchwale Nr XV / 128 /2020 Rady Powiatu Puckiego z dnia 29 czerwca 2020 r. w sprawie środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

5. Informacje dodatkowe:

1) Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do Państwa danych, ich prostowania, ograniczenia przetwarzania.

2) Okres przechowywania danych. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres ubiegania się o konkretne świadczenie oraz czas niezbędny do ustalenia prawa do świadczenia i realizacji tego prawa oraz wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164) oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. nr 14, poz. 67).

3) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl

4) Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne w celu skorzystania ze świadczenia wskazanego we wniosku, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia świadczenia.

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)