**Załącznik** do Zarządzenia nr 31/2021 Burmistrza Miasta i Gminy Radzyń Chełmiński z dnia 14.04.2021 r.

### DO BURMISTRZA

### MIASTA I GMINY RADZYŃ CHEŁMIŃSKI

### WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

**I. Wnioskodawca:**

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

Nauczyciel (imię i nazwisko)

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

Adres zamieszkania, telefon

1. …………………………………………………………………………………………………...
2. Czynny, emerytowany, przebywający na rencie *– wpisać jedną z możliwości*
3. …………………………………………………………………………………………………...
4. Miejsce pracy (podstawowe*); dla emerytów/rencistów -* byłe miejsce pracy

## II. Uzasadnienie wniosku:

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

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

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

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

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

**III. Numer konta. Proszę o przekazanie przyznanego świadczenia na konto w banku:**

*(nazwa banku)*.....................................................................................................................................................

**∟∟-∟∟∟∟-∟∟∟∟-∟∟∟∟-∟∟∟∟-∟∟∟∟-∟∟∟∟**

*(nr rachunku)*

**Załączniki do wniosku:**

* 1. aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia,
  2. dokumenty potwierdzające koszty leczenia za okres 12 m-cy poprzedzających złożenie wniosku *(faktury/ rachunki imienne bądź oświadczenie o wysokości poniesionych kosztów leczenia);*
  3. oświadczenie o przeciętnych miesięcznych dochodach (brutto) na jednego członka gospodarstwa domowego ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających termin złożenia wniosku,
  4. zgoda na przetwarzanie danych osobowych,
  5. czytelnie podpisana klauzula informacyjna
  6. ………………………………………….

........................................................ .................................................................................. *miejscowość, data podpis osoby ubiegającej się o pomoc zdrowotną*

**OŚWIADCZENIA**

**Ja, …………………………………………………………………………………………………...............**

**Pod groźbą zwrotu nienależnie pobranego świadczenia**

**w przypadku złożenia oświadczenia niezgodnego z prawdą - oświadczam, że:**

1. Moje przeciętne miesięczne dochody (brutto) na jednego członka gospodarstwa domowego, ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w roku poprzedzającym złożenie wniosku wyniosły

……………………………..[[1]](#footnote-1)

1. Koszty mojego leczenia w roku poprzedzającym złożenie wniosku[[2]](#footnote-2) wyniosły ……………...… złotych, czego dowodem są przedłożone imienne rachunki/faktury/inne\*.
2. Wyrażamzgodę na przetwarzanie danych osobowych - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 95/96/WE (ogólnie rozporządzenie o ochronie danych - RODO) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zawartych w niniejszym wniosku przez Burmistrza Miasta i Gminy Radzyń Chełmiński z siedzibą: Plac Towarzystwa Jaszczurczego 9, 87-220 Radzyń Chełmiński w celu realizacji wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

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

*(data i podpis wnioskodawcy składającego oświadczenia)*

**\*niewłaściwe skreślić**

**Klauzula informacyjna**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Pani/ Pana danych jest **Gmina Radzyń Chełmiński,   
   z siedzibą w Radzyniu Chełmińskim przy Pl. Towarzystwa Jaszczurczego 9, tel. 56 6886001, adres e- mail:** [**burmistrz@radzynchelminski.eu**](mailto:burmistrz@radzynchelminski.eu)
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować za pośrednictwem adresu e- mail: iodo@radzynchelminski.eu lub pisemnie pod adres Administratora.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane **w celu rozpatrzenia** **i realizacji** **wniosku o przyznanie świadczenia zdrowotnego dla nauczyciela** tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z przepisami art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (tj. Dz. U z 2021 poz. Dane dotyczące zdrowia zgodnie z wymogami określonymi w Regulaminie przetwarzane są na podstawie art. 9 ust. 2 lit h RODO.

W przypadku dobrowolnego udostępnienie przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażenie zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO lub art. 9 ust. 2 lit a). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celu rozpatrzenia skargi albo wniosku przez organ j.s.t.

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu   
   z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych,   
   w tym przepisów archiwalnych tj. 5 lat.
2. Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
3. Pani/Pana dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
4. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
   * 1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
     2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
     3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
     4. w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. RODO) – prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem
     5. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
5. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.
6. Dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego.
7. Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych - dostawcy usług poczty mailowej, dostawca usług informatycznych w zakresie programów księgowo-ewidencyjnych. Ponadto dane osobowe są ujawniane dostawcy usług pocztowych w przypadku korespondencji prowadzonej drogą pocztową, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

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

data i czytelny podpis Wnioskodawcy

**IV. Potwierdzenie zatrudnienia nauczyciela** **przez dyrektora szkoły**

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

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

**V. Decyzja Burmistrza:**

Przyznaję/nie przyznaję\* zasiłek pieniężny w wysokości ............................................. zł.,

słownie złotych .....................................................................................................................

**VI. Uzasadnienie**

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

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

Radzyń Chełmiński, ...............................

miejscowość, data

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

pieczęć, podpis Burmistrza

**\* niepotrzebne skreślić**

1. W przypadku nowej/nagłej choroby lub pogorszenia sytuacji finansowej w stosunku do roku poprzedzającego okres złożenia wniosku wpisać miesięczne dochody (brutto) na jednego członka gospodarstwa domowego, ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie 3 m-cy poprzedzających złożenie wniosku. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku nowej/nagłej choroby lub pogorszenia sytuacji finansowej w stosunku do roku poprzedzającego okres złożenia wniosku wpisać koszty leczenia poniesione w okresie 3 m-cy poprzedzających złożenie wniosku. [↑](#footnote-ref-2)