

Załącznik nr 1

.....
(Miejscowość, data)

**Burmistrz Białogardu
ul. 1 Maja 18
78-200 Białogard**

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ**

I. Dane nauczyciela ubiegającego się o świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zamieszkania: kod: miejscowość:
3. Telefon kontaktowy:
4. Miejsce pracy (w przypadku nauczyciela emeryta, rencisty lub pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne należy podać ostatnie miejsce pracy przed przejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne):
.....;
5. Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku: czynny zawodowo/rencista/emeryt/nauczycielskie świadczenie kompensacyjne (niepotrzebne skreślić);
6. Uzasadnienie wniosku o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej:
.....
.....
.....
.....
7. Numer rachunku bankowego:
8. Załączniki (właściwe zaznaczyć „x”):
zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie szpitalne lub poszpitalne, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub aparatury medycznej, konieczność zapewnienia opieki choremu, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku
imienne faktury potwierdzające poniesienie wydatku wymienionego we wniosku, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed datą złożenia wniosku - szt.;

.....
Podpis nauczyciela/osoby upoważnionej

II. Dane osoby, która w imieniu nauczyciela składa wniosek o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zamieszkania: kod: miejscowość:
3. Telefon kontaktowy:

Do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo do złożenia wniosku w imieniu nauczyciela lub nauczyciela emeryta/rencisty/pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

III. Potwierdzenie dyrektora szkoły, że nauczyciel jest osobą uprawnioną do korzystania ze świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej:

Potwierdzam, że pan/pani.....
(Imię i nazwisko nauczyciela)

1) jest nauczycielem zatrudnionym w
(Nazwa szkoły/przedszkola)
w wymiarze godzin zajęć,

2) jest nauczycielem, który przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne i jego ostatnim zakładem pracy była/o.....
(Nazwa szkoły/przedszkola)

.....
(Pieczętka i podpis dyrektora szkoły/przedszkola)

IV. Rozstrzygnięcie Burmistrza Białogardu z dnia

Na podstawie uchwały Nr / /2024 Rady Miejskiej Białogardu z dnia 2024 r. w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego z 2024 r. poz.) oraz na podstawie załączonych dokumentów:

- 1) przyznaję panu/pani świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w formie jednorazowej zapomogi pieniężnej w wysokości: (słownie:) z przeznaczeniem na:.....
.....
.....;
- 2) odmawiam przyznania panu/pani..... świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej w formie jednorazowej zapomogi pieniężnej z powodu:.....
.....

.....
Podpis Burmistrza lub osoby upoważnionej

V. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych.

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1), dalej: "RODO", informuję, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Białogardu, ul. 1 Maja 18, kod pocztowy 78-200, e-mail: um.sekretariat@bialogard.info, tel. 94 3579 100.

Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych: Urząd Miasta Białogard, ul. 1 Maja 18, kod pocztowy 78-200, adres e-mail iodumb@bialogard.info, nr telefonu 94 3579 213.

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO i art. 9 ust. 2 lit. b w celu realizacji zadania związanego z przyznawaniem świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.

Odbiorcą Pani/Pana Danych osobowych są:

- a) organy oraz podmioty, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
- b) Centrum Usług Wspólnych w Białogardzie na podstawie uchwały Nr LV/457/2023 z dnia 22 lutego 2023 r. Rady Miejskiej Białogardu zmieniającej uchwałę w sprawie utworzenia Centrum Usług Wspólnych oraz nadania mu statutu (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego poz. 1465),
- c) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Miastem Białogard (Urzędem Miasta Białogard) przetwarzają dane osobowe, dla których administratorem jest Burmistrz Białogardu.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów zgodnie z przepisami prawa, w tym instrukcją kancelaryjną lub wewnętrznymi regulacjami administratora, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia po okresie przechowywania wymaganym przez przepisy prawa, ograniczenia przetwarzania.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy RODO.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym w sytuacji, gdy przesłanką przetwarzania danych osobowych jest przepis prawa art. 6 ust. 1 lit. c RODO i art. 9 ust. 2 lit. b.

Odmowa podania danych może skutkować negatywnym rozpatrzeniem sprawy.

Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również nie będą profilowane.

(data i podpis wnioskodawcy)