Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 351/VIII/2019 Prezydenta Miasta Ostrowa Wielkopolskiego z dnia 05 kwietnia 2019 roku w sprawie określenia wzoru wniosku i oświadczenia do regulaminu gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, zatrudnionych lub objętych opieką socjalną w szkołach prowadzonych przez Gminę Miasto Ostrów Wielkopolski.

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO**

**Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO**

**Prezydent Miasta**

**Ostrowa Wielkopolskiego**

**al. Powstańców Wielkopolskich 18**

**63-400 Ostrów Wielkopolski**

Wnioskodawca …………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania i numer telefonu\* ………………………………………………………………

(\*podanie numeru telefonu jest dobrowolne celem ułatwienia kontaktu)

Nazwa placówki w której wnioskodawca jest zatrudniony, lub objęty opieką socjalną ……………………………………………………………………………………………………………

Status wnioskodawcy\* :

- nauczyciel,

- nauczyciel emeryt,

- nauczyciel rencista,

- nauczyciel na świadczeniu kompensacyjnym.

Składam wniosek o przyznanie zasiłku pieniężnego ze środków funduszu zdrowotnego ze względu na ( uzasadnienie):

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

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

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

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

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

Proszę o przekazanie przyznanego zasiłku na konto, nr /\* ………………………………..…………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

/\*w przypadku niewskazania numeru konta zasiłek zostanie wypłacony gotówką w kasie Urzędu Miejskiego w Ostrowie Wielkopolskim. W przypadku negatywnej decyzji Prezydenta Miasta Ostrowa Wielkopolskiego dane te zostaną zanonimizowane.

**PESEL /\* ……………………………………………………………………………………………………………**

/\*PESEL jest niezbędny do założenia kartoteki podatkowej oraz wystawienia deklaracji rozliczeniowej PIT na podstawie ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. 2018 poz. 1509 ze zm.). W przypadku negatywnej decyzji Prezydenta Miasta Ostrowa Wielkopolskiego dane te zostaną zanonimizowane.

**Dokumenty załączone do wniosku /\*:**

[ ]  zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia lub potwierdzające stosowanie sprzętu medycznego;

[ ]  orzeczenie o stopniu niepełnosprawności;

[ ]  faktury, rachunki imienne potwierdzające poniesienie kosztów związanych z leczeniem lub
 zakupem;

[ ]  oświadczenie nauczyciela o wysokości średniomiesięcznego dochodu brutto z trzech miesięcy
poprzedzających złożenie wniosku, przypadającego na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym;

[ ]  upoważnienie do złożenia wniosku w imieniu nauczyciela.

/\*proszę zaznaczyć odpowiednie

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

 (miejscowość, data) (czytelny podpis składającego wniosek)

 ……………………………………..

 (miejscowość, data)

…………………………………….

 (imię i nazwisko)

………………………………………………..

 (adres zamieszkania)

………………………………………………..

………………………………………………..

(status wnioskodawcy)

**Oświadczenie o dochodach**

 Ja niżej podpisana/y oświadczam, że przeciętny, miesięczny dochód brutto na jednego członka rodziny, osiągnięty w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających okres ubiegania się o pomoc zdrowotną wyniósł …………….………………………..……..…złotych (słownie: .…………………………………………………………………………………...)

Niniejsze oświadczenie składam w celu przyznania mi pomocy zdrowotnej.

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.

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

 (miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

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) informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w związku z przyznawaniem pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i nauczycieli emerytów i rencistów jest Gmina Miasto Ostrów Wielkopolski, 63-400 Ostrów Wielkopolski, al. Powstańców Wielkopolskich 18, tel.: (62)58-22-400, fax.: (62)736-64-07, e-mail: um@umostrow.pl, strona internetowa: www.umostrow.pl, BIP: www.bip.ostrow-wielkopolski.um.gov.pl.

2. Administrator Danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Urzędzie Miejskim w Ostrowie Wielkopolskim, 63-400 Ostrów Wielkopolski, al. Powstańców Wielkopolskich 18, fax.(62)736-64-07, e-mail: iod@umostrow.pl.

3. Dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w celach wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, w tym: w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, organizacji wypłaty świadczeń, dokumentowania procesu rozpatrywania wniosku i wypłaty świadczeń na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO i jest niezbędne dla wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, które wynikają z art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018 r. poz. 967 ze zm.) oraz z uchwały Nr VII/95/2019 Rady Miejskiej Ostrowa Wielkopolskiego z dnia 27 marca 2019 roku w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej nauczycielom oraz nauczycielom emerytom i rencistom korzystającym z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu przyznawania tych świadczeń.

4. Dane osobowe będą usuwane w terminach wskazanych w Rozporządzeniu 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 lub innych przepisach prawa, regulujących czas przetwarzania danych, którym podlega Administrator Danych.

5. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym je na zlecenie Administratora Danych
(np.: podmiotom serwisującym systemy informatyczne i aplikacje, w których przetwarzane są dane osobowe), instytucjom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązującego prawa (np.: organom administracji, sądom) oraz innym podmiotom, w zakresie, w jakim są one uprawnione do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa.

6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale bez nich nie jest możliwe ani rozpatrzenie wniosku, ani wypłata świadczenia, dlatego w przypadku ich niepodania wniosek nie będzie rozpatrzony.

7. Osoba, której dane są przetwarzane, w granicach określonych Rozporządzeniem, ma prawo do:

* żądania od Administratora Danych dostępu do swoich danych osobowych,
* sprostowania, ograniczenia przetwarzania,
* wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

W przypadku, gdy postanowią Państwo skorzystać z tych praw, możemy zwrócić się do Państwa z prośbą o podanie dodatkowych danych osobowych mających na celu jednoznaczną Państwa identyfikację, aby zweryfikować,
czy to rzeczywiście Państwo domagają się realizacji swych praw, a nie mamy do czynienia z incydentem lub nadużyciem.