

Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 351 XVIII / 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 Ostrow Wielkopolski.

**WNIOSEK O PRYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO
Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO**

**Prezydent Miasta
Ostrowa Wielkopolskiego
al. Powstańców Wielkopolskich 18
63-400 Ostrow 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):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible]

PESEL /*

Dokumenty załączone do wniosku /*:

- /*proszę zaznaczyć odpowiednie

(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 wyniósłzłotych
(słownie:)

Niniejsze oświadczenie składałam 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.

PREZYDENT MIASTA
Beata Klimoch
Beata Klimoch