Załącznik do Regulaminu
przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach,
dla których organem prowadzącym jest Gmina Grodzisk Mazowiecki

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

…….....……
Nauczyciel (imię i nazwisko)

…….....…….
adres zamieszkania

……..
nr telefonu – wpis dobrowolny (podanie ułatwi ewentualny kontakt z wnioskodawcą)

…….....……...
czynny zawodowo, emeryt, rencista – wpisać jedną z możliwości

…….....……...
miejsce pracy (podstawowe) – dla emerytów/rencistów byłe miejsce pracy

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego

Uzasadnienie:

…….....

……...

……

……

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela;
- oryginały dokumentów potwierdzających poniesione koszty leczenia;
- *inne ……..*

Sposób wypłaty pomocy zdrowotnej (proszę wpisać X przy wybranym sposobie):

☐ - na konto bankowe nr:…….

☐ - podjęcie gotówki w banku

…….. ……..

(Miejscowość i data) (Podpis wnioskodawcy)

Klauzula informacyjna przetwarzania danych osobowych

w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach

Zgodnie z art. 13 i art. 14 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, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO", informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Gmina Grodzisk Mazowiecki, którego reprezentuje Burmistrz Grodziska Mazowieckiego z siedzibą Urząd Miejski w Grodzisku Mazowieckim ul. T. Kościuszki 12A, e-mail: urzad@grodzisk.pl tel. (22) 755-55-34, w imieniu którego wykonanie zadania w tym przetwarzania danych osobowych realizuje statutowo Biuro Oświaty Gminy Grodzisk Mazowiecki z siedzibą ul. Tadeusza Kościuszki 32A, 05-825 Grodzisk Mazowiecki, które reprezentuje Dyrektor BO - tel. (22) 463-46-55, e-mail: grodzisk-oswiata@grodzisk.pl .
2. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się Inspektorem Ochrony Danych Urzędu Miejskiego w Grodzisku Mazowieckim e-mail: abi@grodzisk.pl lub tel.(22) 755-55-34 wew. 236 oraz z Inspektorem Ochrony Danych Biura Oświaty Gminy Grodzisk Mazowiecki na adres prowadzonego punktu kontaktowego e-mail: iod@cdkp.pl lub tel. 604-362-559, a także tradycyjnie na adres siedziby administratora danych.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach dla których organem prowadzącym jest Gmina Grodzisk Mazowiecki, w tym rozliczenie wydzielonych na fundusz zdrowotny środków finansowych dla realizacji zadania.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit e RODO, tj. w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. b RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego lub porozumienia zbiorowego na mocy prawa państwa członkowskiego przewidującymi odpowiednie zabezpieczenia praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w tym do wypełnienia praw należnych w zakresie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zawartej w wytycznych, przyjętego na podstawie art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2021 r. poz. 1762 ze zm.) zgodnie z opracowanym regulaminem przyznawania pomocy zdrowotnej będącym dookreśleniem zakresu danych i sposobu realizacji świadczenia wykazanego w opracowanej uchwale Rady Miejskiej w Grodzisku Mazowieckim z dnia 25 stycznia 2023 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Grodzisk Mazowiecki.
5. Kategoria danych przetwarzanych w ramach składanego wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej to dane zwykłe określone w regulaminie projektu, z którego treścią jest zobowiązany zapoznać się każdy składający wniosek.
6. Dane wnioskodawcy nie będą poddawane zautomatyzowanemu przetwarzaniu, którego wynikiem jest podjęcie decyzji , w tym profilowaniu.

7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do rozpatrzenia wniosku, wypłaty świadczenia, a następnie same dane finansowo-rozliczeniowe przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek o udzielenie pomocy zdrowotnej.
8. Źródłem pochodzenia danych osobowych są wnioskodawcy, tj. aktywni pracownicy i renciści oraz emeryci edukacyjnych jednostek oświatowych, dla których Gmina Grodzisk Mazowiecki jest organem prowadzącym.
9. Odbiorcami ewentualnymi Pani/Pana danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy osobnych przepisów prawa.
10. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl).
    Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do dalszego przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
11. Podanie danych osobowych w zakresie wynikającym z Wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej oraz Oświadczenia będącego integralną częścią dokumentacji składanej przez Wnioskującego jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w rozpatrywaniu możliwości przyznania świadczenia oraz jego wypłaty, dlatego brak ich podania niemożliwi skorzystanie ze świadczenia.

……

(imię i nazwisko oświadczającego)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z powyższą klauzulą informacyjną.

…… ……

(data) *(podpis osoby składającej oświadczenie)*

DECYZJA BURMISTRZA:

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości ..... słownie: .....

.....

.....

Data i podpis Burmistrza