Załącznik do regulaminu

Skarżysko-Kamienna,..................

**Prezydent Miasta**

**Skarżyska-Kamiennej**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

**Imię i nazwisko wnioskodawcy: ...............................................................................................**

**Adres zamieszkania i telefon: .................................................................................................**

**.................................................................................................**

Szkoła, w której ubiegający się o pomoc nauczyciel jest / był \* zatrudniony**:**

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

Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku *(właściwe zaznaczyć X):*

□ czynny zawodowo

□ rencista/emeryt \*

□ nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

**Uzasadnienie wniosku:** *(należy wskazać przyczynę ubiegania się o świadczenie, zgodnie z § 3 ust. 1 Regulaminu – treść w pouczeniu )*

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z powodu *.......................................................................................................................................................*

*...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

Z pomocy zdrowotnej korzystałem/am ostatnio w roku ...........................................................

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

(data i podpis wnioskodawcy)

**Decyzja Prezydenta Miasta Skarżyska-Kamiennej:**

Prezydent Miasta przyznaje / nie przyznaje\* pomoc zdrowotną dla wnioskodawcy w formie świadczenia pieniężnego w wysokości ........................................... (słownie złotych: ................................................................................................................................................... .)

Uzasadnienie *(w przypadku decyzji odmownej):*

*.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

*....................................................*

(podpis prezydenta)

\* niepotrzebne skreślić

**Pouczenie:**

*§ 3 ust. 1 Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli przedszkoli i szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Skarżysko-Kamienna:*

§3.1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z:

1) orzeczoną chorobą zawodową,

2) chorobą przewlekłą, ciężką, wymagającą np. stałych konsultacji lekarskich, ciągłego przyjmowania leków itp.;

3) długotrwałym leczeniem szpitalnym i leczeniem poszpitalnym,

4) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,

5)  nagłym zdarzeniem losowym (np. ciężka choroba, wypadek)

6) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub środków pomocniczych (np. aparaty słuchowe, szkła korekcyjne itp.).

**KLAUZULA INFORMACYJNA dot. przetwarzania danych osobowych**

**(w celu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli)**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz.Urz.UE.L. z 2016r. Nr 119, stron.1) (dalej jako: „RODO”), informujemy Panią/Pana o sposobie i celu, w jakim przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe, a także o przysługujących Pani/Panu prawach, wynikających z regulacji o ochronie danych osobowych:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Skarżysko-Kamienna, reprezentowana przez Prezydenta Miasta Skarżysko-Kamienna(dane adresowe: 26-110 Skarżysko-Kamienna ul. Sikorskiego 18).
2. Wyznaczyliśmy inspektora ochrony danych, z którym może Pani/Pan kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych drogą elektroniczną ([inspektor@um.skarzysko.pl](mailto:inspektor@um.skarzysko.pl)) lub pisemnie na adres Administratora danych.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust.1 li. „c” 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz.Urz.UE.L. z 2016r. Nr 119, stron.1) oraz art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2018r. poz. 967 z późn.zm.) i Uchwały Nr LII/72/2010 Rady Miasta Skarżyska-Kamiennej z dnia 23.09.2010r. w sprawie określenia wysokości środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz określenia rodzaju świadczeń, warunków oraz sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli w placówkach oświatowych dla których organem prowadzącym jest Gmina Skarżysko-Kamienna.
4. Dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa.
5. Przetwarzane dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa.

Po spełnieniu celu, dla którego dane osobowe zostały zebrane, mogą one być przechowywane jedynie w celach archiwalnych, przez okres, który wyznaczony zostanie przede wszystkim na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej.

1. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.

Wobec przysługującego prawa do usunięcia danych, ich przenoszenia oraz wniesienia sprzeciwu mają zastosowanie ograniczenia wynikające z art. 17 ust.3, art.20 i art. 21 Rozporządzenia UE.

1. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu przez Administratora – Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa
2. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Jest Pani/Pan zobowiązana(y) do ich podania, a konsekwencja ich niepodania będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.
3. Pan/Pani dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.