Załącznik nr 1

do Regulaminu przyznawania

pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

# WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

**Centrum Usług Wspólnych w Sosnowcu**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA WPŁYWU WNIOSKU:** |  |
| **WNIOSEK DOTYCZY:**  (odpowiednie zakreślić) | * NAUCZYCIELA CZYNNEGO ZAWODOWO * NAUCZYCIELA EMERYTA * NAUCZYCIELA RENCISTY * NAUCZYCIELA OTRZYMUĄCEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE |
| **DANE WNIOSKODAWCY:** | |
| Imię i nazwisko: |  |
| Adres zamieszkania: |  |
| Nr telefonu do kontaktu: |  |
| Wymiar zatrudnienia: (dotyczy nauczycieli czynnych zawodowo) |  |
| Miejsce zatrudnienia/ ostatnie miejsce zatrudnienia: |  |
| Potwierdzenie zatrudnienia/uprawnień emerytalnych do korzystania z pomocy zdrowotnej nauczyciela | …...…………………………  podpis i pieczęć pracownika  działu kadr w Centrum Usług Wspólnych w Sosnowcu |

|  |
| --- |
| **UZASADNIENIE WNIOSKU** |
| **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **Nr rachunku bankowego**: ………………………………………………………………………..  …………………………………………  **Data i podpis wnioskodawcy** |

**Klauzula Informacyjna**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Centrum Usług Wspólnych w Sosnowcu z siedzibą: Sosnowiec, 41-200, ul. Stanisława Staszica 62.

**Inspektor ochrony danych.**

Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych, w następujący sposób: pod adresem poczty elektronicznej:  [m.szafranska-pietka@cuwsosnowiec.pl](mailto:%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20m.szafranska-pietka@cuwsosnowiec.pl) lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

**Podstawa prawna i cele przetwarzania danych osobowych.**

Podstawę przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, określonego w art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela i w uchwale Rady Miasta Sosnowiec w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i emerytowanych nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

Mogą również wystąpić przypadki w których zostanie Pani/Pan poproszona/y o wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych w określonym celu i zakresie.

**Odbiorcy danych osobowych.**

Dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa.

**Okres przechowywania danych osobowych.**

Pani/Pana 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 Pani/Pana dane 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.

**Prawa osób, których dane dotyczą, w tym dostępu do danych osobowych.**

Na zasadach określonych przepisami RODO, posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora: dostępu do treści swoich danych osobowych, sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych, usunięcia swoich danych osobowych, ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych, przenoszenia swoich danych osobowych, a ponadto, posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych.

**Prawo do cofnięcia zgody.**

Tam, gdzie do przetwarzania danych osobowych konieczne jest wyrażenie zgody, zawsze ma Pani/Pan prawo nie wyrazić zgody, a w przypadku jej wcześniejszego wyrażenia, do cofnięcia zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie Pani/Pana danych do momentu jej wycofania.

**Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych oraz konsekwencjach niepodania danych osobowych.**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją nie podania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku i wypłaty świadczenia.

**Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.**

Gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie.**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

**……………………………………………….……**

**Data i podpis wnioskodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAŁĄCZNIKI SKŁADANE DO WNIOSKU** | |
| 1. | Zaświadczenie wystawione przez lekarza potwierdzające leczenie i/lub wypis ze szpitala |
| 2. | Imienne rachunki lub faktury potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem, w okresie 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku |
| **OPINIA KOMISJI DS. POMOCY ZDROWOTNEJ** | |
| **………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………** | |
| **PROPONOWANA PRZEZ KOMISJĘ WYSOKOŚĆ POMOCY ZDROWOTNEJ w PLN** | |
| ……………………………………………………………………………………………………...  **Słownie ………………………………………………………………………………………..…..…** | |
| **PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI** | |
| **………………………………………………………………………….…………………………...**  **………………………………………………………………………………………………………**  **.……………………………………………………………………………………………………...**  **………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………** | |
| **DECYZJA PREZYDENTA MIASTA** | |
| **Przyznaję pomoc finansową w wysokości\* : ……………………………………**  **(słownie: )**  **Nie przyznaję pomocy finansowej\*.**  **\*niepotrzebne skreślić**  Sosnowiec, dnia ……………………… | |