

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. Nazwisko i imię nauczyciela .....

2. Adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy .....

3. Nazwa i adres szkoły/przedszkola, w której nauczyciel jest/był zatrudniony

4. Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej ze względu na (uzasadnienie prośby):

5. Jednocześnie oświadczam, że w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku, średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł .....zł.

6. Do wniosku załączam następujące dokumenty:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia,
- 2) dokumenty potwierdzające koszty leczenia (imiennie faktury, rachunki za lekarstwa, potrzebny sprzęt medyczny itp./ jeśli wnioskodawca posiada).

7. Dokumenty, o których mowa w pkt 6 ust. 1 winny być złożone w Biurze Obsługi Klienta Urzędu Miejskiego w Żarowie, w zaklejonej kopercie, uniemożliwiającej dostęp do zawartych w niej danych.

8. Przyznane środki odbiorę w kasie Urzędu Miejskiego w Żarowie / proszę przelać na rachunek bankowy nr .....(właściwe podkreślić).

Data.....

Podpis wnioskodawcy .....

### Klauzula informacyjna

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119) (dalej: RODO) oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018, poz. 1000 z późn. zm.) informujemy, iż:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Burmistrz Miasta Żarów, ul. Zamkowa 2, 58-130 Żarów.
- 2) Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym mogą Państwo kontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem: **bezp.info@gmail.com**.
- 3) Państwa dane przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań Administratora, na podstawie art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018r., poz. 967 z późn. zm.).
- 4) W związku z przetwarzaniem danych, Państwa dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do odbioru Państwa danych, w tym państwa trzecie, nienależące do UE, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
- 5) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- 6) W związku z przetwarzaniem udostępnionych przez Państwa danych osobowych przysługuje Państwu:
  - prawo do dostępu do swoich danych, na podstawie art 15 Rozporządzenia RODO,
  - prawo do sprostowania swoich danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia RODO,
  - prawo do usunięcia swoich danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia RODO, z zastrzeżeniem art. 17 ust. 3 RODO,
  - prawo do ograniczenia przetwarzania swoich danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia RODO,
  - prawo do przenoszenia swoich danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia RODO, z zastrzeżeniem art. 20 ust. 3 RODO,
  - prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych, w przypadkach i na zasadach określonych w art. 21 Rozporządzenia RODO,
  - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie; wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania danych do czasu wycofania zgody;
- 7) Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).
- 8) Podanie tych danych jest obowiązkowe, a odmowa ich podania będzie skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia sprawy/wniosku bądź zawarcia umowy.
- 9) W uzasadnionych przypadkach Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

### **Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę .....

Data i miejsce .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z podaną klauzulą informacyjną w celu weryfikacji wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

Podpis osoby wyrażającej zgodę .....