

Strzegom, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu do kontaktu)

**Burmistrz Strzegomia
Urząd Miejski
Rynek 38
58-150 Strzegom**

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....
szkoła, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony

w wymiarze etatu w okresie od do

Uzasadnienie:

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

Opinia dyrektora: (dla nauczycieli czynnych):

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

Załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę lub inne dokumenty świadczące o stanie zdrowia tj. karta informacyjna, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (faktury, rachunki, paragony).
3. Oświadczenie (dotyczące ostatnich trzech miesięcy poprzedzających termin złożenia wniosku) o średniej miesięcznej wysokości dochodu brutto, przypadającego na osobę pozostającą z nauczycielem w jednym gospodarstwie domowym, lub osobę samotnie zamieszkującą.

Ewentualną pomoc zdrowotną proszę przekazać (zaznaczyć właściwy kwadrat):

przelew na rachunek bankowy

.....
numer rachunku

odbiór gotówki w kasie

.....
(czytelny podpis)

Uwaga!

Podania nauczycieli o przyznanie pomocy zdrowotnej powinny być składane do 20 marca, 20 czerwca, 20 września, lub 20 listopada.

Strzegom, dnia

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a..... ur.

Imiona rodziców

Zamieszkały/a

Nr dowodu tożsamości..... wydany przez.....

niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto wyliczony za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, wyniósł w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę zł brutto.

.....
(czytelny podpis)

Klauzula informacyjna

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 (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1 z późn. zm.) **informuję, że:**

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Burmistrz Strzegomia – Urząd Miejski Rynek 38, 58 – 150 Strzegom.
2. Inspektorem ochrony danych w Urzędzie Miejskim w Strzegomiu jest Pan Tomasz Wadas. Kontakt do inspektora ochrony danych adres e-mail: iodo@amt24.biz
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej na podstawie art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018 r. poz. 967 z późn. zm.) oraz Uchwały Nr 33/17 Rady Miejskiej w Strzegomiu z dnia 26 kwietnia 2017 r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Strzegom oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Dolno. z 2017 r. poz. 2331).
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 5 lat.
5. Ma Pani/Pan prawo do:
 - dostępu do treści swoich danych;
 - żądania sprostowania lub usunięcia swoich danych;
 - żądania ograniczenia przetwarzania;
 - wniesienia sprzeciwu;
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie, jeśli dokonuje się ono na podstawie dobrowolnej zgody (nie wpływa to wszakże na legalność przetwarzania danych między udzieleniem zgody a jej cofnięciem).
6. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi Prezesa Urzędu Ochrony Danych gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie dotyczących Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz. U. z 2018r. poz. 1000 z późn. zm.).
7. Urząd Miejski w Strzegomiu nie prowadzi zautomatyzowanego przetwarzania danych w formie profilowania.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie: imię i nazwisko, adres zamieszkania jest obligatoryjne. Nie podanie ww. danych skutkować będzie brakiem realizacji wniosku.

Oświadczenie składającego wniosek:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie;

- numeru telefonu do celów kontaktowych

Tak Nie

- numeru rachunku bankowego w celu przekazania ewentualnej pomocy zdrowotnej

Tak Nie

.....
(Data i czytelny podpis)