|  |
| --- |
| **DANE WNIOSKODAWCY:** |
|  |
| (imię i nazwisko) |
|  |
|  |
| (adres do korespondencji) |
|  |
| (numer telefonu) |

|  |
| --- |
|  |
| (data wpływu do Urzędu Miasta i Gminy Czerwińsk nad Wisłą) |

 **RODZAJ WNIOSKODAWCY:**

|  |
| --- |
| **BURMISTRZ MIASTA I GMINY** **CZERWIŃSK NAD WISŁĄ****UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 16****09 – 150 CZERWIŃSK NAD WISŁA** |

[ ] nauczyciel

[ ] emerytowany nauczyciel

[ ] nauczyciel rencista

[ ] nauczyciel na świadczeniu kompensacyjnym

**PODANIE**

**O UDZIELENIE POMOCY ZDROWOTNEJ W FORMIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO DLA NAUCZYCIELA**

Na podstawie uchwały nr 154/XIX/2020 Rady Miejskiej w Czerwińsku nad Wisłą z dnia 3 grudnia
2020 roku w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania:

[ ] w związku z długotrwałym leczeniem spowodowanym chorobą przewlekłą;

[ ] w związku z leczeniem szpitalnym i poszpitalnym;

[ ] w związku z długotrwałym leczeniem specjalistycznym, w tym ponoszeniem kosztów badań diagnostycznych, konsultacji lekarskich, zabiegów medycznych, zakupu leków, sprzętu medycznego niezbędnego w związku z podjętym leczeniem, kosztów wykwalifikowanej opieki lekarskiej);

[ ] w związku ze zaleconą przez lekarza odpłatną rehabilitacją leczniczą;

[ ] w związku z leczeniem sanatoryjnym nierefundowanym z innych źródeł;

[ ] w związku z nagłym zdarzeniem losowym wymagającym natychmiastowego podjęcia leczenia – nagła choroba/wypadek;

[ ] w związku z koniecznością zakupu urządzeń medycznych umożliwiających dalsze wykonywanie pracy na zajmowanym stanowisku – aparat słuchowy, okulary korekcyjne, protezy

**zwracam się z prośbą o udzielenie w formie zasiłku pomocy zdrowotnej na podstawie powyższego kryterium.**

Podczas rozpatrywania niniejszego podania proszę o uwzględnienie mojej sytuacji zdrowotnej
i materialnej oraz osób prowadzących ze mną wspólnego gospodarstwa domowego:

|  |
| --- |
| **OPIS SYTUACJI ZDROWOTNEJ NAUCZYCIELA:** |
|  |

|  |
| --- |
| **OPIS SYTUACJI MATERIALNEJ NAUCZYCIELA ORAZ OSÓB PROWADZĄCYCH Z NIM WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE:** |
|  |

Dodatkowo do wniosku dołączam następujące dokumenty:

[ ]  aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia wskazujące na okoliczność, o której mowa w §2;

[ ]  dokumenty potwierdzające zasadność poniesionych kosztów w związku z przyczynami wskazanymi w §2
w szczególności recepta wraz z rachunkiem lub fakturą VAT; zaświadczenie podmiotu świadczącego usługi medyczne o ich realizacji na zlecenie lekarza, zlecenie, wypis ze szpitala oraz inne:

……………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(należy podać, jakie)

[ ]  oświadczenie o wysokości średnich dochodów netto na jednego członka rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku;

[ ]  inne (należy podać, jakie): ………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (miejscowość i data) | (czytelny podpis wnioskodawcy) |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA** **O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**  |

Ja, niżej podpisana/podpisany wyrażam/nie wyrażam\* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych przez Miasto i Gminę w Czerwińsku nad Wisłą z siedzibą w Czerwińsku nad Wisłą przy
ul. Władysława Jagiełły 16; 09 – 150 Czerwińsk nad Wisłą w celu otrzymania środków finansowych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz emerytowanych nauczycieli, o której mowa w art. 72 ust. 1 i 4 ustawy
z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r. poz. 2215 z późn. zm.) oraz uchwale nr 154/XIX/2020 Rady Miejskiej w Czerwińsku nad Wisłą z dnia 3 grudnia 2020 roku w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (miejscowość i data) | (czytelny podpis wnioskodawcy) |
| **KLAUZULA** **ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZŁOŻENIE FAŁSZYWEGO OŚWIADCZENIA** |

Zgodnie z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (tj. Dz. U. z 2020 poz. 1444 z późn. zm.) - „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (miejscowość i data) | (czytelny podpis wnioskodawcy) |
| **OŚWIADCZENIA** **O POPRAWNOŚCI DANYCH ZAWARTYCH W PODANIU** |

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym podaniu o udzielenie pomocy zdrowotnej
w formie zasiłku pieniężnego dla nauczyciela są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia w błąd przy przedstawianiu informacji.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (miejscowość i data) | (czytelny podpis wnioskodawcy) |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA** **O OTRZYMANEJ POMOCY ZDROWOTNEJ**  |

Oświadczam, że ostatni raz pomoc zdrowotną w formie zasiłku dla nauczycieli określoną w Uchwale nr 154/XIX/2020 Rady Miejskiej w Czerwińsku nad Wisłą z dnia 3 grudnia 2020 roku w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania otrzymałem/otrzymałam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (należy podać dokładną datę).

[ ]  nie dotyczy mnie to oświadczenie w związku z wnioskowaniem o pomoc zdrowotną po raz pierwszy lub wcześniej nie uzyskałem/ uzyskałam takiej pomocy podczas składania wniosku/podania.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (miejscowość i data) | (czytelny podpis wnioskodawcy) |

**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, zwanym dalej RODO,

**BURMISTRZ MIASTA I GMINY CZERWIŃSK NAD WISŁĄ INFORUMUJE, ŻE:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Miasta i Gminy Czerwińsk
nad Wisłą jest Miasto i Gmina Czerwińsk nad Wisłą z siedzibą w Czerwińsku nad Wisłą, przy
ul. Władysława Jagiełły 16
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować:

|  |
| --- |
| * **pod adresem e-mail:** iodo@czerwinsk.pl,
* **telefonicznie:** pod nr tel. (24) 23 15 860
* **pisemnie:** na adres siedziby Administratora.
 |

1. Dane osobowe Pani/Pana będą przetwarzane w celu realizacji wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, o której mowa w art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela
(Dz. U. z 2019 r. poz. 2215 z późn. zm.) oraz uchwale nr 154/XIX/2020 Rady Miejskiej
w Czerwińsku nad Wisłą z dnia 3 grudnia 2020 roku w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych
w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), art. 6 ust. 1 lit. c) i art. 9 ust. 2 lit. a) RODO.
2. Z uwagi na konieczność zapewnienia odpowiedniej organizacji działalności Urzędu Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców: innym, współpracującym
z Miastem i Gminą Czerwińsk nad Wisłą podmiotom, w tym: dostawcom usług technicznych, organizacyjnych i prawnych, umożliwiającym prawidłowe zarządzanie gminą oraz realizację zadań statutowych i ustawowych. Dane te powierzane są na podstawie i zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Okres, przez który Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane – zgodnie z przepisami ustawy
o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz przepisami rozporządzenia w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
4. Posiada Pan/Pani prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania; prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do usunięcia danych – na warunkach określonych w RODO.
5. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

|  |
| --- |
| **Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych****Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych****Adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa****Telefon: 22 531 03 00** |

1. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak w przypadku ich niepodania nie będzie możliwe przyznanie pomocy zdrowotnej.
2. Pani dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.