

## WNIOSEK O PRYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO NA POMOC ZDROWOTNĄ

I. Imię i Nazwisko .....

Zatrudniony\* .....

W wymiarze..... etatu

Nauczyciel – emeryt\* Nauczyciel – rencista\*

Adres e-mail:.....

II. Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto z ostatnich 12 miesięcy, na członka mojej rodziny wynosi ..... złotych.

Słownie .....

III. Opis sytuacji zdrowotnej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Opis sytuacji rodzinnej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. Oświadczam że:

- 1) W ostatnich 2 latach korzystałem/łam\*  nie korzystałem/łam\*  z zasiłków pieniężnych na pomoc zdrowotną w wysokości ..... zł otrzymanych w Ośrodku lub innej szkole(placówce)
- 2) *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Dyrektora Okręgowego Ośrodka Wychowawczego w Szubinie zawartych we wniosku o przyznanie świadczenia oraz ewentualnych załącznikach do tego wniosku, w celu związanym z rozpatrzeniem wniosku, obiegiem dokumentów i przekazaniem środków finansowych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w Okręgowym Ośrodku Wychowawczym w Szubinie.*

3) *Została mi przedstawiona informacja wynikająca 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 (RODO) o przetwarzaniu danych osobowych moich i członków mojej rodziny w celu korzystania ze świadczeń pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w Okręgowym Ośrodku Wychowawczym w Szubinie.*

**VI.** Załączniki stwierdzające leczenie oraz wydatki związane z leczeniem:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....
- 7) .....
- 8) .....
- 9) .....
- 10) .....
- 11) .....
- 12) .....
- 13) .....
- 14) .....
- 15) .....

.....  
/data/

.....  
/podpis/

**VII.** Decyzja Komisji:

Komisja proponuje przyznać/nie przyznać\* jednorazową pomoc finansową

..... w wysokości .....zł

.....  
.....  
.....  
/ podpisy członków komisji /

.....  
/data/

.....  
/ podpis przewodniczącego komisji /

**VIII. Opinia organizacji związkowej:**

.....

.....

.....

/data /

.....

/podpis przedstawiciela Związków/

**IX. Decyzja Dyrektora Okręgowego Ośrodka Wychowawczego w Szubinie /Przyznaję/Nie Przyznaję \***

Jednorazowy zasiłek pieniężny w wysokości: .....zł

.....

/ data, podpis/

**Klauzule informacyjne:**

*Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Okręgowego Ośrodka Wychowawczego w Szubinie; ul. Kcyńska 36; 89-200 Szubin, W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych można kontaktować się bezpośrednio z Administratorem danych lub wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w następujący sposób:*

**Administrator: Telefon: 52 384 28 19 e-mail:sekretariat@szubin.oow.gov.pl**

*Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań Administratora, w tym rozpatrzenia i oceny wniosku oraz obsługi wypłaty przyznanego świadczenia. Podstawą prawną przetwarzania Pana/Pani danych jest art. 6 ust.1 lit. a i c RODO oraz ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela ( w tym art. 72 ww. ustawy). Pana/Pani dane osobowe nie będą udostępniane, za wyjątkiem organów i instytucji mających upoważnienie ustawowe do żądania danych osobowych np. organy ścigania. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane zgodnie z przepisami właściwymi w sprawie archiwizacji.*

*Ma Pan/Pani prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz do cofnięcia zgody na przetwarzanie tych danych, które są przetwarzane na podstawie zgody. Ma Pan/Pani prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Skorzystanie z prawa do cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody. Ma Pan/Pani także prawo do przenoszenia danych.*

*Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do Organu Nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie.*

*Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie dobrowolne. **Odmowa podania danych obowiązkowych spowoduje nie wypłacenie świadczenia.***

*Przetwarzanie podanych przez Panią/Pana danych osobowych nie będzie podlegało zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.*