Załącznik nr 1 do uchwały

Nr XV/151/08

Rady Miejskiej w Mielcu

z dnia 31 stycznia 2008 r.

………………………………….

imię i nazwisko wnioskodawcy

………………………………….

adres zamieszkania i numer telefonu

…………………………………

nazwa szkoły/placówki, w której wnioskujący jest lub był zatrudniony

PESEL……………………………………

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

**1. Uzasadnienie wniosku**

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

**2**.**Potwierdzenie dyrektora placówki zatrudniającej (lub obejmującej opiekę nauczyciela emeryta lub rencisty) prawa ubiegania się o pomoc zdrowotną oraz opinia dotycząca merytorycznej zasadności wniosku.**

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

………………………………… …………………………….

 /data wydania opinii/ /pieczątka i podpis pracodawcy/

W załączeniu do wniosku przedkładam:

* - aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,
* - dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia,
* - oświadczenie lub zaświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny.

……………………………………….

 /data i podpis wnioskodawcy/

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Podpisy członków Komisji:**

……………………………………

……………………………………

……………………………………

……………………………………

……………………………………

……………………………………

Decyzja Prezydenta :

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości ……………zł. (słownie……………...………)

…………………… ………………………………….

 Data pieczęć i podpis Prezydenta Miasta Mielca

**OŚWIADCZENIE**

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

(imię i nazwisko wnioskodawcy, adres, szkoła,)

Ja niżej podpisany(a), pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 kk:, (kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3) składam oświadczenie następującej treści:

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

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

Mielec, dnia .................................. podpis ...................................

 Mielec dnia,………………

……………………………………………………….

imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o pomoc zdrowotną oraz obsługi korespondencji w tym celu, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r.
o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781)

………………………..

**Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych w Urzędzie Miejskim w Mielcu:**

w związku z realizacją wymogów 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych,
tzw. „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych
w Urzędzie Miejskim w Mielcu oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Miejskim
w Mielcu jest Prezydent Miasta Mielca z siedzibą w Mielcu, ul. Żeromskiego 26;
2. w sprawie pytań dotyczących sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w Urzędzie Miejskim w Mielcu, a także pytań dotyczących przysługujących uprawnień, może Pani/Pana skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych w Urzędzie Miejskim w Mielcu za pomocą adresu *e-mail: iod*@um.mielec.pl, tel. 177874033;
3. Administrator danych osobowych – Prezydent Miasta Mielca – przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów: podstawie art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela oraz Uchwały Nr XV/151/08 Rady Miejskiej w Mielcu z dnia
31 stycznia 2008 r. określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i nauczycieli emerytów oraz warunków i sposobów ich przyznawania;
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze – Prezydencie Miasta Mielca tj. przyznania zapomogi zdrowotnej – wsparcia finansowego chorego przewlekle nauczyciela oraz obsługi korespondencji w tym celu;
5. w związku z przetwarzaniem danych osobowych w celach, o których mowa w pkt 4 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą – członkowie komisji zdrowotnej powołanej zarządzeniem Prezydenta Miasta Mielca;
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres: na potrzeby rozpatrzenia wniosku i po jego zakończeniu – do celów archiwalnych w interesie publicznym przez okres
10 lat;
8. w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują następujące uprawnienia:
9. prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych,
10. prawo do żądania ich sprostowania (poprawienia) – w przypadku gdy dane
są nieprawidłowe lub niekompletne,
11. prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. „prawo do bycia zapomnianym”),
12. prawo do żądania ograniczenia przetwarzania,
13. prawo do przenoszenia danych,
14. prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
15. w przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. a lit a RODO), przysługuje prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
16. w przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Urzędzie Miejskim w Mielcu Pani/Pana danych osobowych, przysługuje prawo wniesienia skargi
do organu nadzorczego tj. do Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
17. w sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny;
18. podanie Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pana zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie nierozpatrzenie wniosku o pomoc zdrowotną;
19. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą
profilowane.

………………………………………..

 podpis osoby składającej oświadczenie

……………………………………

……………………………………

……………………………………

 /adres zamieszkania/

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że ja niżej podpisany/a …………………………………………………………..

(imię i nazwisko)

1. wyrażam zgodę na przekazanie przyznanej pomocy zdrowotnej na moje konto osobiste lub konto do którego jestem upoważniony:

**Nazwa Banku: …………………………………………………………………………**

**Nr konta:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. jednocześnie zobowiązuję się do każdorazowego niezwłocznego powiadomienia
o zmianie numeru konta i innych danych niezbędnych przy wpłacie na moje konto.

 ……………………………………

 /czytelny podpis/

Mielec, …………………………… 20….. r.

*\* niewłaściwe skreślić*