Załącznik Nr 1

do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

dla Nauczycieli

**WNIOSEK**

………………………………………

(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

………………………………………

………………………………………

(Adres zamieszkania, nr telefonu)

**Zwracam się z prośbą o przyznanie świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.**

UZASADNIENIE:

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

Oświadczam, że dochód miesięczny – brutto mój i najbliższych członków rodzinyzamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatniego miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku o dofinansowanie wynosił: ………………………….....zł.

**Proszę o przekazanie świadczenia:**

**(właściwą odpowiedź zakreślić □)**

 □ przekazem pocztowym na mój adres domowy po potraceniu opłat i prowizji pocztowych

 □ przelewem na wskazane konto bankowe numer:

|  |
| --- |
| □□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ |

Do wniosku załączono:

1. potwierdzenie zatrudnienia wydane przez dyrektora placówki oświatowej, w której nauczyciel jest zatrudniony, w przypadku nauczyciela emeryta, rencisty potwierdzenie dyrektora placówki oświatowej, że nauczyciel był zatrudniony w placówce,
2. aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie lub stan zdrowia,
3. udokumentowane wydatki na leczenie (oryginały rachunków/ faktur), potwierdzające poniesione koszty - data wystawienia rachunku lub faktury nie może przekraczać 12 miesięcy licząc od daty złożenia wniosku,
4. oświadczenie o dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny z ostatniego miesiąca poprzedzającego datę złożenia wniosku.

**OŚWIADCZENIE:**

Świadom(y)a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym powyższych danych. Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobom na potrzeby przyznania dofinansowania z Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781).

…………………. ……………………………………

(miejscowość i data) (Podpis wnioskodawcy)

**Decyzją Prezydenta Miasta Otwocka udzielono/nie udzielono pomoc zdrowotną w wysokości ……………………zł.**

**Słownie…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**UZASADNIENIE**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

…….……………………………………

Podpis

|  |
| --- |
| **Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych** |
| Administrator danych osobowych | Administratorem Państwa danych osobowych jest Prezydent Miasta Otwocka, Oświata Miejska z siedzibą w Otwocku przy ul. J. Lennona 4. Z administratorem można się skontaktować w następujący sposób:1. listownie: 05-400 Otwock ul. J. Lennona 4;
2. przez elektroniczną skrzynkę podawczą: link dostępny na stronie
3. telefonicznie: 22 788-02-06;
4. poprzez adres e-mail: oswiata-otwock@oswiata-otwock.pl
 |
| Inspektor ochrony danych | Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym możecie się Państwo skontaktować poprzez adres e-mail: kancelaria@jaworska-turla.pl |
| Cele i podstawa prawna przetwarzania | Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji uprawnień do uzyskania pomocy w ramach środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli realizowanej przez administratora.  |
| Okres przechowywania danych | Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania w tym również realizacji obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa. |
| Prawa osób, których dane dotyczą | Przysługuje Państwu:1. prawo dostępu do danych;
2. prawo do sprostowania danych;
3. prawo do usunięcia danych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającegoz przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
5. prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
 |
| Informacja o wymogu podania danych | Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. C) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, określonego w art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela i w Uchwale Rady Miasta wsprawie określenia rodzajów, warunków oraz sposobu przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach podstawowych dla których organem prowadzącym jest Miasto Otwock. |

…….……………………………………

Podpis wnioskodawcy