Załącznik nr 1
do Regulaminu przyznawania
pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ
Centrum Usług Wspólnych w Sosnowcu

DATA WPŁYWU WNIOSKU:	
WNIOSEK DOTYCZY: (odpowiednie zakreślić)	☐ NAUCZYCIELA CZYNNEGO ZAWODOWO ☐ NAUCZYCIELA EMERYTA ☐ NAUCZYCIELA RENCISTY ☐ NAUCZYCIELA OTRZYMUĄCEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE
DANE WNIOSKODAWCY:	
Imię i nazwisko:	
Adres zamieszkania:	
Nr telefonu do kontaktu:	
Wymiar zatrudnienia: (dotyczy nauczycieli czynnych zawodowo)	
Miejsce zatrudnienia/ostatnie miejsce zatrudnienia:	
Potwierdzenie zatrudnienia/uprawnień emerytalnych do korzystania z pomocy zdrowotnej nauczyciela	…...…… podpis i pieczęć pracownika działu kadr w Centrum Usług Wspólnych w Sosnowcu

UZASADNIENIE WNIOSKU

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Nr rachunku bankowego: ……..

……

Data i podpis wnioskodawcy

Klauzula Informacyjna

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Centrum Usług Wspólnych w Sosnowcu z siedzibą: Sosnowiec, 41-200, ul. Stanisława Staszica 62.

Inspektor ochrony danych.

Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych, w następujący sposób: pod adresem poczty elektronicznej: m.szafranska-pietka@cuwsosnowiec.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

Podstawa prawna i cele przetwarzania danych osobowych.

Podstawę przetwarzania danych osobowych jest 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 Sosnowiec w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i emerytowanych nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

Mogą również wystąpić przypadki w których zostanie Pani/Pan poproszona/y o wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych w określonym celu i zakresie.

Odbiorcy danych osobowych.

Dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa.

Okres przechowywania danych osobowych.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa.

Po spełnieniu celu, dla którego Pani/Pana dane zostały zebrane, mogą one być przechowywane jedynie w celach archiwalnych, przez okres, który wyznaczony zostanie przede wszystkim na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej.

Prawa osób, których dane dotyczą, w tym dostępu do danych osobowych.

Na zasadach określonych przepisami RODO, posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora: dostępu do treści swoich danych osobowych, sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych, usunięcia swoich danych osobowych, ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych, przenoszenia swoich danych osobowych, a ponadto, posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych.

Prawo do cofnięcia zgody.

Tam, gdzie do przetwarzania danych osobowych konieczne jest wyrażenie zgody, zawsze ma Pani/Pan prawo nie wyrazić zgody, a w przypadku jej wcześniejszego wyrażenia, do cofnięcia zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie Pani/Pana danych do momentu jej wycofania.

Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych oraz konsekwencjach niepodania danych osobowych.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją nie podania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku i wypłaty świadczenia.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes UrzęduOchrony Danych Osobowych.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

……..……

Data i podpis wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI SKŁADANE DO WNIOSKU	
1.	Zaświadczenie wystawione przez lekarza potwierdzające leczenie i/lub wypis ze szpitala
2.	Imienne rachunki lub faktury potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem, w okresie 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku

OPINIA KOMISJI DS. POMOCY ZDROWOTNEJ

……
……
……
……
……

PROPONOWANA PRZEZ KOMISJĘ WYSOKOŚĆ POMOCY ZDROWOTNEJ w PLN

……...

Słownie ……..…..…

PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI

……...
……
……...
……
……

DECYZJA PREZYDENTA MIASTA

Przyznaję pomoc finansową w wysokości* : ……

(słownie: .....)
Nie przyznaję pomocy finansowej*.

***niepotrzebne skreślić**

Sosnowiec, dnia ……