**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

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

**Wnioskodawca** (imię i nazwisko)

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

**Adres zamieszkania i numer telefonu**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony**

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

**Numer rachunku bankowego**

**Uzasadnienie:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

W załączeniu:

1. aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela,

2. kopie dokumentów potwierdzające poniesione koszty leczenia,

3. oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny

 **…….…………………………………………**

 **(data i podpis wnioskodawcy)**

**Opis pracownika merytorycznego i proponowana wysokość pomocy finansowej:**

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

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

 **…………………………………………………….**

 **(podpis pracownika merytorycznego)**

**Burmistrz Gminy Milicz:**

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości**………………………………….**

  **(kwota)**

 **………………………………………….....**

 **(data i podpis)**

## **KLAUZULA INFORMACYJNA**

|  |
| --- |
| 1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Miejskim w Miliczu jest Burmistrz Gminy Milicz, z siedzibą przy ul. Trzebnickiej 2, 56-300 Milicz.
 |
| 1. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Administratora ul. Trzebnicka 2, 56-300 Millicz, tel: 71 38 04 348, e-mail: iod@milicz.pl
 |
| 1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu: wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, w tym w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej , organizacji wypłaty świadczeń, dokumentowania procesu rozpatrywania wniosku i wypłaty świadczeń, kontroli nad wydatkowaniem środków, ochrony praw i realizacji roszczeń oraz w celach archiwalnych.
 |
| 1. Podstawa przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO i jest niezbędne dla wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, które wynikają z art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018 r. poz. 967 z późn. zm.) oraz uchwała Nr XV/58/07 Rady Miejskiej w Miliczu z dnia 4 października 2007 r., w sprawie przeznaczenia w budżecie gminy środków finansowych z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół prowadzonych przez Gminę Milicz oraz określenia rodzaju, warunków i sposobu udzielania świadczeń w ramach tej pomocy.
 |
| 1. Posiada Pani/Pan prawo do:
* dostępu do danych osobowych
* sprostowania danych osobowych
* żadania ograniczenia przetwarzania danych osobowych
* wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa)
 |
| 1. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w Urzędzie Miejskim w Miliczu okres niezbędny do realizacji wskazanych wyżej celów nie dłuższy niż do rozpatrzenia wniosku i wypłaty świadczenia oraz czasu przechowywania na podstawie odrębnych przepisów prawa archiwizacyjnego.
 |
|  7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale bez nich nie jest możliwe ani rozpatrzenie wniosku, ani wypłata świadczenia, dlatego w przypadku ich niepodania wniosek nie będzie rozpatrzony. |

 ……………………………………………

Milicz, …………………………. podpis wnioskodawcy