* 1. Załącznik nr 2

do Uchwały nr XLV/333/2022

Rady Miejskiej w Miliczu

z dnia 17 marca 2022 r.

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

…………………………………………………..………………..................................………

Wnioskodawca (imię i nazwisko)

………………………………………………………….......................…………………….….

Adres zamieszkania nr tel.

……………………………………………………………….............................……….………

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

Nr rachunku bankowego …………………….……………………………………………….

Uzasadnienie:

………………………………………………………..............................................……………

……………………………………………………............…………...........…………….…..…

………………………………………………………….......................………………….……..

………………………………………………………………………………………….…….…

W załączeniu:

1) aktualne, wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę i leczenie nauczyciela;   
2) oryginalne, imienne dokumenty ( rachunki i faktury) potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty za okres ostatniego roku do dnia złożenia wniosku o zapomogę;

3)zaświadczenie o zatrudnieniu nauczyciela w szkole wskazanej we wniosku, zawierające w przypadku nauczycieli czynnych informację o dochodzie brutto z ostatnich trzech miesięcy;

4) odcinek emerytury, renty lub kopie decyzji ZUS w przypadku nauczycieli emerytów, rencistów lub nauczycieli korzystających z nauczycielskich świadczeń kompensacyjnych;

5) oświadczenie nauczyciela o zatrudnieniu w szkole wskazanej we wniosku;

6) inne dokumenty uzasadniające przyznanie zapomogi dla nauczyciela.

……………………………………

(data i podpis wnioskodawcy)

Opinia pracownika merytorycznego i proponowana wysokość pomocy finansowej:

………………………………………………………………………………...............................

……………………………………………………………………….............................………..

**podpis pracownika merytorycznego**

………………………………………..

Burmistrz Gminy Milicz:

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości: …………………………...

…….…………..……………………..

(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, Krzysztof Petrykiewicz tel: 501 225 081, e-mail: [k.petrykiewicz@gmail.com](mailto:k.petrykiewicz@gmail.com" \l "_blank) |
| 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 XLV/333/2022 Rady Miejskiej w Miliczu z dnia 17 marca 2022 r., w sprawie określenia rodzajów świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobów ich przyznawania |
| 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*