............................., dnia ........................... r.

**Starosta Powiatu Mieleckiego**

**WNIOSEK
o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli**

WNIOSKODAWCA:

**l.** Nauczyciel

(imię i nazwisko/czynny, emerytowany, przebywający na rencie - wpisać)

**2.** Adres zamieszkania

Nr telefonu:

**3.** Miejsce pracy

 (obecne/dla emerytów, rencistów byłe - wpisać)

**4.** Staż pracy …………….lat/a (dotyczy tylko nauczycieli czynnych zawodowo)

**5.** Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną:

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

1. cyfr)

**6.** Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałem/am: …………………………………………………………………………………………………………

(należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej)

1. Wysokość wnioskowanej kwoty ………….

**UZASADNIENIE WNIOSKU:**

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

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

WYDATKI PONIESIONE NA CELE ZDROWOTNE:

Zestawienie udokumentowanych wydatków na cele zdrowotne należy podać: kwoty wydatków poniesionych na cele zdrowotne - data/kwota/rodzaj wydatku.

Tabela. Zestawienie wydatków

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | cel poniesionego wydatku | rodzaj dokumentu nr dokumentudata | kwoty wydatków poniesionych na cele zdrowotne | uwagi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| razem |  |

W załączeniu do wniosku przedkładam następujące dokumenty potwierdzające uprawnienia i potrzebę przyznania pomocy
z funduszu zdrowotnego nauczycieli:

1.
2.
3.
4.
5.

OŚWIADCZENIE O SYTUACJI MATERIALNEJ RODZINY NAUCZYCIELA

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

(imię i nazwisko nauczyciela)

Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) ……………

Oświadczenie o dochodach: Oświadczam, ze średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny
z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi ………………………………..zł.(\*)

(\*) wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich
trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………… | …………………………………………… |
| (miejscowość i data) | (czytelny podpis nauczyciela) |

POTWIERDZENIE ZATRUDNIENIA PRZEZ PRACODAWCĘ:

Potwierdzam iż Pan/Pani ……………………………………………………jest/był(a) zatrudniona(y)

w …………………………………………………………………..…………………………………

|  |  |
| --- | --- |
|  | (nazwa szkoły lub placówki) |

w wymiarze (\*) ……………………..

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………… | …………………………………………… |
| (miejscowość i data)(\*)(dotyczy tylko nauczycieli czynnych zawodowo) | (podpis dyrektora szkoły lub placówki) |

## **INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI**

Realizując obowiązek wynikający z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679
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) z 27.04.2016 r. (Dz. U. UE. L.
z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) – dalej: RODO., informuję, że:

1. administratorem Państwa danych osobowych jest Starosta Powiatu Mieleckiego z siedzibą w Mielcu przy
ul. Wyspiańskiego 6,tel. 17 7800403, zwany dalej Administratorem.
2. inspektor ochrony danych osobowych – kontakt - e-mail:iodo@powiat-mielecki.pl.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku i wypłaty świadczeń z tytułu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i mogą być udostępnione:
* podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
* podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej z Administratorem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
1. Państwa dane przetwarzane są na podstawie:
* obowiązków prawnych ciążących na administratorze (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c, RODO),
* gdy przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, lub porozumieniem zbiorowym na mocy prawa państwa członkowskiego przewidującymi odpowiednie zabezpieczenia praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą (zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. b, RODO);
* uchwały Nr XXXIV/303/2021 Rady Powiatu Mieleckiego z dnia 27.09.2021 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków
i sposobu ich przyznania.

**Podstawa do przetwarzania danych osobowych zależna jest od rodzaju operacji, jakie wykonywane są na danych osobowych.**

1. posiadają Państwo prawo do:
* żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych (zgodnie z art. 15 RODO);
* sprostowania swoich danych (zgodnie z art. 16 RODO);
* usunięcia danych osobowych (w okolicznościach zawartych w art. 17 RODO);
* ograniczenia przetwarzania danych osobowych (w przypadkach zawartych w art. 18 RODO);
* wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa tel. 22 8607086).
1. Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem niezbędnym do rozpatrzenia wniosku i wypłaty świadczenia pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.
2. Państwa dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres 5 lat od zakończenia roku podatkowego, w którym świadczenie zostało przyznane.