

9. **Ja niżej podpisany oświadczam, że:**

1) **Liczba osób** pozostająca wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: *(osoba samotna wpisuje 1).*

2) **Średni dochód brutto** (ze wszystkich źródeł przychodu**) z trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną, przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: zł.

** - do dochodu wlicza się wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło.

3) Wydatki przedstawione w załączonych dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia **(zaznaczyć właściwe pole „x”):**

nie były refundowane z innych źródeł;

były refundowane – w załączeniu dokument potwierdzający wysokość otrzymanego dofinansowania.

10. W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej proszę o wpłatę świadczenia na rachunek bankowy:

Nr rachunku:

Nazwa banku:

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia lub inny dokument zaświadczający o chorobie nauczyciela;
2. dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (imiennie faktury i rachunki za zakup leków, badań i zabiegów płatnych, sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego, itp.);
3. inne

.....

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

* - wypełnić tylko w przypadku składania wniosku przez przedstawiciela lub pełnomocnika nauczyciela.

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tj. Dz.U. UE. L. z 2016r. Nr 119, s.1) zwanego dalej jako "RODO" informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych podanych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej jest: **Kierownik Ośrodka Oświaty i Wychowania w Świeciu, ul. Wojska Polskiego 124, 86-100 Świecie**, tel. (52) 33-11-525.
- 2) W sprawach z zakresu przetwarzania danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznania pomocy zdrowotnej oraz realizacji uprawnień i obowiązków wynikających z art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2019 r., poz. 2215) oraz uchwały Nr 220/20 Rady Miejskiej w Świeciu z dnia 29 grudnia 2020 r., w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania;
- 4) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres ubiegania się o konkretne świadczenie oraz czas niezbędny do ustalenia prawa do świadczenia i realizacji tego prawa oraz okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
- 5) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługują Pani/Pana następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych, do sprostowania (poprawiania), usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
 - b) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - c) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO).
- 8) Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w zakresie wynikającym z art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela jest obowiązkowe i konieczne do rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

.....
(podpis wnioskodawcy)