……….……….., dnia ………………...…

**Wójt Gminy Gzy**

**Gzy 9**

**06-126 Gzy**

**WNIOSEK**

**o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli**

**WNIOSKODAWCA:**

1.Nauczyciel...............................................................................................................................

(imię i nazwisko / czynny, emerytowany, przebywający na rencie, świadczeniu kompensacyjnym)

2.Adres zamieszkania................................................................................................................

3.Miejsce pracy ........................................................................................................................

(obecne/dla emerytów, rencistów byłe)

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

**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:

…………………………………………………………………………………………………

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

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

1)........................................................................................................................................

2)........................................................................................................................................

3)........................................................................................................................................

4)........................................................................................................................................

5)........................................................................................................................................

……………………………………

(podpis nauczyciela)

**INFORMACJA DYREKTORA SZKOŁY:** .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

(pieczęć szkoły) (data i podpis dyrektora)

**DECYZJA WÓJTA GMINY GZY:**

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej\*, w wysokości: .....................zł.

(słownie złotych): ...........................................................................................................

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej\* (uzasadnienie) ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

\*niepotrzebne skreślić.

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

(data i podpis Wójta)

**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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/W – ogólne rozporządzenie o ochronie danych, informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Urząd Gminy w Gzach, z siedzibą Gzy 9, 06-126 Gzy, reprezentowany przez Wójta Gminy Gzy. Kontakt telefonicznie: 23 691 31 67 lub drogą e-mail: [ug@gminagzy.pl](mailto:ug@gminagzy.pl).
2. Aministrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować drogą e-mail: [joanna.trusinska@inbase.pl](mailto:joanna.trusinska@inbase.pl) lub telefonicznie: 22 350 01 40
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o udzielenie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach podstawowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Gzy oraz byłych nauczycieli - emerytów i nauczycieli - rencistów, którzy przeszli na emeryturę lub rentę z przedszkoli i szkół, dla których Gmina Gzy jest organem prowadzącym, organizacji wypłaty świadczeń z w/w Funduszu, dokumentowania procesu rozpatrywania wniosków, kontroli nad wydatkowaniem środków Funduszu oraz ochrony praw i realizacji roszczeń przez Administratora tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych w procedurze przyznania pomocy zdrowotnej jest: art. 6 ust. 1 lit. c) RODO oraz art. 9 ust. 2 lit b) RODO w związku z art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku Karta Nauczyciela.
4. Udostępnianie danych osobowych odbywa się wyłącznie uprawnionym podmiotom na podstawie przepisów prawa, lub zawartych umów powierzenia przetwarzania danych.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do chwili realizacji zadania, do którego dane osobowe zostały zebrane a następnie, jeśli chodzi o materiały archiwalne, przez czas wynikający z przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archwalnym i archiwach.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty zewnętrzne ściśle określone przypisami prawa, tj. podmioty uczestniczące w procedurze nadania i wręczenia odznaczeń i podmioty, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
7. Posiada Pani/Pan prawo do:
   * żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
   * wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych osobowych,
   * przenoszenia swoich danych osobowych,
   * wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia;
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowych.
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
10. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.