Załącznik nr 1 do regulaminu

**Prezydent Grudziądza**

**Ul. Ratuszowa 1**

**86-300 Grudziądz**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI SZKÓŁ I PLACÓWEK,**

**DLA KTÓRYCH ORGANEM PROWADZĄCYM JEST**

**GMINA-MIASTO GRUDZIĄDZ**

**Dane osobowe nauczyciela**

Imię i nazwisko ........................................................................................................................

Adres zamieszkania .................................................................................................................

Adres do korespondencji (wpisać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

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

Telefon kontaktowy ……………………………………………………………………………

Adres mailowy…………………………………………………………………………………

Aktualny status wnioskodawcy:

1. nauczyciel pracujący w …………………………………………………..……………
2. emeryt/rencista - były nauczyciel szkoły…………………………………..………….

**Wnoszę o przyznanie pomocy zdrowotnej w związku z:**

1. chorobą zawodową\*
2. chorobą przewlekłą\*
3. długotrwałym leczeniem szpitalnym i leczeniem poszpitalnym\*
4. długotrwałym leczeniem specjalistycznym\*
5. leczeniem sanatoryjnym nierefundowanym przez żadną instytucję\*
6. koniecznością zakupu leków, sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub środki pomocnicze\*
7. korzystaniem z usług pielęgnacyjno-opiekuńczych\*

**\*właściwe zakreślić**

**Oświadczenie o poniesionych wydatkach w związku z wnioskowana pomocą**

W okresie ostatniego roku budżetowego (lub 12 miesięcy) na wskazane w zaświadczeniu lekarskim schorzenie/leczenie/opiekę: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………

łącznie wydatkowano kwotę:

…………………zł.

W załączeniu przedstawiam oryginały rachunki/faktury VAT potwierdzające poniesione wydatki z powodu wskazanego schorzenia/leczenia/itp.

**\*uwaga: w przypadku wielu pozycji na rachunku/fakturze VAT należy zakreślić wydatki wyłącznie związane ze schorzeniem, które ma być objęte pomocą finansową.**

**Oświadczenie o sytuacji rodzinnej i materialnej nauczyciela**

1. moje gospodarstwo domowe składa się z ……..………….osób.
2. średnia wysokość dochodów netto na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną, wynosi: ............................................ zł,
3. koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia **nie były refundowane** z innych źródeł,
4. koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia **były refundowane** z innych źródeł w łącznej wysokości……..……… zł,
5. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wyłącznie dla potrzeb udzielenia pomocy (RODO),
6. uprzedzony o odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny za podanie nieprawdy lub zatajenia prawdy oświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych w niniejszym oświadczeniu,
7. w przypadku przyznania pomocy zdrowotnej proszę o wpłatę środków na numer osobistego rachunku bankowego

imię i nazwisko właściciela rachunku…………………………………….……………..

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

W załączeniu:

1. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku,
2. oryginały dokumentów potwierdzających poniesione koszty,
3. podpisane oświadczenie RODO,
4. inne dokumenty, potwierdzające/uzasadniające złożenie wniosku o pomoc zdrowotną.

Grudziądz, ...............................

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

(podpis wnioskodawcy)

**NIE WYPEŁNIAĆ!**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | **Wypełnia podmiot realizujący świadczenie** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Czy wniosek jest kompletny? |  |  |
| 2 | Jeżeli nie – wskazać braki: |  |  |
|  | Brak: ……………………………………………………….  ……………………………………………………….  ……………………………………………………….  ………………………………………………………. |  |  |
| 3 | Wezwanie do uzupełnienia braków formalnych |  |  |
| 4 | Uzupełnienie braków formalnych w terminie |  |  |
| 5 | **Wniosek rozpatrzono** | **pozytywnie** | **negatywnie** |
| 6 | **Propozycja kwoty brutto udzielenia wsparcia** |  | xxxxxxxxx |

W przypadku rozpatrzenia negatywnego – uzupełnić

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

**Sprawdzono pod względem administracyjnym, merytorycznym, formalnym:**

1……………………….

2……………………….

3……………………….

4……………………….

W związku z realizacją wymogów określonych w 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/WE (ogólne rozporządzenie   
o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 s.1, z późn. zm.) – zwanym dalej jako RODO, informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych oraz o przysługujących Państwu prawach związanych z:

**z postępowaniem w sprawie przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych prowadzonych przez gminę-miasto Grudziądz**

1. Administratorem Państwa danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Miejskim w Grudziądzu jest Prezydent Grudziądza, z siedzibą w Grudziądzu, przy ul. Ratuszowa 1.  
   Kontaktować się z administratorem można w następujący sposób:
2. listownie: ul. Ratuszowa 1, 86-300 Grudziądz,
3. telefonicznie: +48 56 45 10 200,
4. e-mail: [bip@um.grudziadz.pl](mailto:bip@um.grudziadz.pl) lub [sekretariat@um.grudziadz.pl](mailto:sekretariat@um.grudziadz.pl).
5. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych e-mail: p.mazur@um.grudziadz.pl **oraz pisemnie na adres wskazany na stronie** <http://bip.grudziadz.pl/strony/16801.dhtml>**.**
6. Pani/Pana dane osobowe Prezydent pozyskał w procesie przetwarzania danych w sprawie postępowania realizacji obowiązku szkolnego i obowiązku nauki będą przetwarzane w celu realizacji uprawnień i obowiązków wynikających z przepisów prawa:

- art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela,

- uchwała Nr XXIV/220/20 Rady Miejskiej Grudziądza w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych prowadzonych przez gminę-miasto Grudziądz oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

1. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt organów gminy i związków międzygminnych oraz obsługujących te organy i związki stanowiący załącznik nr 2 do 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 (Dz. U. z 2011 r. nr 14, poz. 67).
3. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, żądania od Prezydenta ich sprostowania, jak również prawo ograniczenia ich przetwarzania oraz do wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania.
4. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Informuje Panią/Pana, że podanie danych osobowych jest wymagane przepisem prawa i jest Pani/Pan zobowiązana do ich podania. Niepodanie danych osobowych skutkuje pociągnięciem Pani/Pana do odpowiedzialności zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
6. Podane dane osobowe mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa.
7. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

………………………………………