

**PREZYDENT MIASTA GDAŃSKA**

ul. Nowe Ogrody 8/12

80-803 Gdańsk

**WNIOSEK****O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI \*****WNIOSEK WYPEŁNIĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI**

DANE WNIOSKODAWCY																			
IMIĘ I NAZWISKO																			
PESEL	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
TELEFON																			
ADRES ZAMIESZKANIA	ULICA:																		
	KOD POCZTOWY:                      MIEJSCOWOŚĆ:																		
URZĄD SKARBOWY																			
WNIOSEK DOTYCZY NAUCZYCIELA (zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> CZYNNEGO ZAWODOWO																		
	<input type="checkbox"/> EMERYTA / RENCISTY / OTRZYMUJĄCEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE																		
MIEJSCE ZATRUDNIENIA / OSTATNIE MIEJSCE ZATRUDNIENIA (jeśli Zespół Szkół - podać dodatkowo która placówka)																			
NAZWA PLACÓWKI																			
NUMER RACHUNKU BANKOWEGO NA KTÓRY NALEŻY PRZEKAZAĆ POMOC ZDROWOTNĄ																			
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
<input type="checkbox"/> nie posiadam rachunku bankowego																			
POTWIERDZENIE PRZEZ PLACÓWKĘ WYMIARU I MIEJSCA ZATRUDNIENIA NAUCZYCIELA																			
WYMIAR ETATU																			
Potwierdzam, że wnioskodawca posiada uprawnienia do korzystania z funduszu zdrowotnego nauczycieli (jest zatrudniony w wymiarze co najmniej 0,5 obowiązującego wymiaru zajęć, na podstawie KN). Potwierdzam prawidłowość i kompletność wniosku.																			
<div>..... PIECZĘĆ PLACÓWKI</div>	<div>..... DATA I PODPIS DYREKTORA</div>																		

\* nie mają prawa do świadczenia osoby zatrudnione na podstawie art. 15 Prawo oświatowe

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:		
Lp.	RODZAJ ZAŁĄCZNIKA	ILOŚĆ ZAŁĄCZNIKÓW
1	ORYGINAŁ AKTUALNEGO ZAŚWIADCZENIA WYSTAWIONEGO PRZEZ LEKARZA RODZINNEGO LUB LEKARZA SPECJALISTĘ, POTWIERDZAJĄCE DŁUGOTRWAŁĄ CHOROBE, CHOROBE NIEULECZALNĄ, CHOROBE PRZEWLEKŁĄ, DŁUGOTRWAŁE LECZENIE SPECJALISTYCZNE, WYSTAWIONE W OKRESIE SZEŚCIU MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH DZIEŃ ZŁOŻENIA WNIOSKU	
2	KOPIE IMIENNYCH DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH POBYT W SZPITALU, WYSTAWIONE Z OKRESU JEDNEGO ROKU POPRZEDZAJĄCEGO ZŁOŻENIE WNIOSKU	
3	IMIENNE DOKUMENTY (RACHUNKI, FAKTURY, ITP.), POTWIERDZAJĄCE ZAKUP LEKÓW, ŚRODKÓW MEDYCZNYCH, ORTOPEDYCZNYCH I INNYCH, WYSTAWIONE Z OKRESU JEDNEGO ROKU POPRZEDZAJĄCEGO ZŁOŻENIE WNIOSKU	
4	IMIENNE DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE WYDATKI NA PRZEJAZDY BEZPOŚREDNIO ZWIĄZANE Z POMOCĄ ZDROWOTNĄ, WYSTAWIONE Z OKRESU JEDNEGO ROKU POPRZEDZAJĄCEGO ZŁOŻENIE WNIOSKU	
5	IMIENNE DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE PONIESIONE WYDATKI NA BADANIA SPECJALISTYCZNE, ZABIEGI, USŁUGI MEDYCZNE, REHABILITACYJNE, WYSTAWIONE Z OKRESU JEDNEGO ROKU POPRZEDZAJĄCEGO ZŁOŻENIE WNIOSKU	
6	INNE IMIENNE DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE INNE WYDATKI, WYSTAWIONE Z OKRESU JEDNEGO ROKU POPRZEDZAJĄCEGO ZŁOŻENIE WNIOSKU – WYMIENIĆ ..... .....	
<p><i>Oświadczam, że nie korzystam z innych środków publicznych w ramach składanego wniosku (w szczególności: PFRON, NFZ, ulga podatkowa w PIT) i załączone faktury nie zostały wykorzystane do rozliczenia w ww. miejscach.</i></p>		
<p>..... MIEJSCOWOŚĆ I DATA</p>		<p>..... CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY</p>
INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH		
<p>W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miasto Gdańsk - Prezydent Miasta Gdańska; ul. Nowe Ogrody 8/12, 80-803 Gdańsk; tel. +48 (58) 52 44 500; mail: <a href="mailto:umg@gdansk.gda.pl">umg@gdansk.gda.pl</a>; e-PUAP: /UMGDA/SkrytkaESP.</li> <li>W sprawach dotyczących przetwarzania danych, w tym realizacji Pani/Pana praw, można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych wyznaczonym przez Administratora poprzez dane kontaktowe Administratora oraz mail: <a href="mailto:iod@gdansk.gda.pl">iod@gdansk.gda.pl</a>.</li> <li>Dane osobowe będą przetwarzane w celach wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących 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.</li> <li>Administrator przetwarza Pani/Pana dane osobowe wykonując zadanie w interesie publicznym zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. e RODO ustalone w art. 72 ust. 1, ustawy z dn. 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela oraz Uchwały Rady Miasta Gdańska w sprawie przyjęcia regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla</li> </ol>		

nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miasta Gdańska oraz warunki i sposób ich przyznawania. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych 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, zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. b RODO.

5. Odbiorcami danych osobowych, którym dane mogą być ujawniane, mogą być osoby fizyczne lub prawne, organy publiczne, jednostki lub inne podmioty - tylko w przypadkach gdy wynika to wprost z przepisów. Odbiorcami mogą być podmioty z którymi Administrator zawarł stosowne umowy dotyczące przetwarzania danych osobowych, w szczególności usługodawcy świadczący usługi serwisu, rozwoju i utrzymania systemów informatycznych.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych wyżej celów nie dłuższy niż do rozpatrzenia wniosku i wypłaty świadczenia oraz czasu przechowywania zgodnie z wymogami przepisów archiwalnych, przez okres wskazany w Rzeczowym Wykazie Akt (Ustawa o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach z dn. 14 lipca 1983 r. ze zm.).
7. Osoba, której dane są przetwarzane ma prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu. Każda osoba ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa), gdy uzna, że przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich nie podanie uniemożliwi przyznanie finansowej pomocy zdrowotnej.
9. Dane osobowe nie będą służyły do zautomatyzowanego podejmowania decyzji w tym Pani/Pana profilowania.

..... ZAPOZNAŁAM/EM SIĘ DNIA	..... CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY
---------------------------------	---------------------------------------