

Zarząd Powiatu
w Końskich

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA POMOC ZDROWOTNĄ
DLA NAUCZYCIELI**

.....
(Imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(Adres zamieszkania, nr tel.)

.....
(Szkoła, w której Wnioskodawca
jest lub był zatrudniony, adres)

.....
(PESEL)

.....
(NIP)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

Nr rachunku bankowego, na który należy przekazać otrzymaną pomoc zdrowotną

.....
Uzasadnienie:

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela lub dokumentację przebytego leczenia (historia choroby).
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, badań, zakupu sprzętu, leków w roku, w którym nauczyciel występuje z wnioskiem (faktury, rachunki).
3. Oświadczenie o dochodach netto z trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadających na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł.
4. Inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (podać jakie):
.....

Proponowana wysokość pomocy finansowej (słownie zł.):

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

Decyzja Zarządu Powiatu w Końskich:

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

Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej (słownie zł.):

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

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis Przewodniczącego
Zarządu Powiatu w Końskich)

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

.....
(Imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(Adres zamieszkania, nr tel.)
.....

- I. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym oraz wysokość miesięcznych dochodów:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Pokrewieństwo	Miejsce zatrudnienia lub nauki	Wysokość dochodów (netto) w zł.
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
Łączny miesięczny dochód rodziny:					

* Dochód winien być wykazany ze wszystkich źródeł i uwzględniać trzy miesiące poprzedzające miesiąc, w którym składany jest wniosek.

- II. Miesięczny średni dochód (netto) przypadający na 1 osobę w rodzinie wynosi
..... zł.
.....(słownie zł.).

Świadoma/y odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Klauzula informacyjna Pomoc zdrowotna dla nauczycieli szkół i placówek prowadzonych przez Powiat Konecki, pełniących funkcję dyrektora szkoły lub placówki

Na podstawie 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 z 4.05.2016), zwanego dalej RODO informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Starostwo Powiatowe z siedzibą w Końskich przy ul. Stanisława Staszica 2. Może się z Pani/Pan z nami kontaktować poprzez numer telefonu **41 26 04 700** lub adres email **starostwo@konecki.powiat.pl**

2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych możliwy jest kontakt z inspektorem ochrony danych pod nr tel: **22 350 01 40** bądź adresem e-mail: **iod@konecki.powiat.pl**;

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznania lub odmowy przyznania przez Starostę Koneckiego Pani/Panu jako dyrektorowi szkoły lub placówki zasiłku pieniężnego w ramach środków przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze), art. 9 ust. 2 lit. b RODO (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), art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela oraz uchwały Rady Powiatu w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

5. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być:

- 1) podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;
- 2) podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).

6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania, oraz przez okres wynikający z przepisów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

7. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo:

1) żądać od administratora:

- a) dostępu do swoich danych osobowych,
- b) ich sprostowania,
- c) ograniczenia przetwarzania;

2) wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości przyznania Pani/Panu jako dyrektorowi szkoły lub placówki zasiłku pieniężnego w ramach środków przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

9. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu.

10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;