

.....
(data wpływu wniosku do szkoły)

.....
(miejscowość, data)

Starosta Lęborski

.....

WNIOSEK

o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

CZĘŚĆ A

1. Imię i nazwisko:

.....

2. PESEL:

.....

3. Data urodzenia:

.....

4. Nazwa Urzędu Skarbowego:

.....

5. Status nauczyciela:

- ☐ czynny zawodowo
- ☐ nauczyciel emeryt,
- ☐ nauczyciel rencista,
- ☐ nauczyciel korzystający z nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego.

6. Adres zamieszkania:

.....

7. Telefon kontaktowy, adres e-mail:

.....

8. Nazwa szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony lub w przypadku nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty, nauczyciela korzystającego z nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, w której naliczany jest jego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych:

.....

9. Ze środków z funduszu zdrowotnego korzystałem/am (należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej):

.....

10. Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

WYDATKI PONIESIONE NA CELE ZDROWOTNE:

Zestawienie udokumentowanych wydatków na cele zdrowotne ze środków własnych Wnioskodawcy.

L.p.	Cel poniesionego wydatku	Rodzaj i nr dokumentu	Data dokumentu	Kwoty wydatków poniesionych na cele zdrowotne	Uwagi

RAZEM					

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

1.
2.
3.
4.
5.

CZĘŚĆ B

OŚWIADCZENIA

I. Ja niżej podpisana(y):

- 1) oświadczam, że liczba członków mojej rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mieszkających razem i wspólnie utrzymujących się z połączonych dochodów wynosi osoby/osób:*
- 2) oświadczam, że w okresie jednego miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku łącznie połączone dochody** członków mojej rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mieszkających razem i wspólnie utrzymujących się wyniosłyzł, co w przeliczeniu na jedną osobę będących na moim utrzymaniu stanowizł.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Wnioskodawcy)

*Za członków rodzin uważa się:

1. pozostające na utrzymaniu i wychowaniu dzieci własne, dzieci przysposobione oraz przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, osieroczone wnuki i rodzeństwo wspólnie zamieszkujące z osobą uprawnioną - w wieku do lat 18, a jeżeli kształcą się w szkole do czasu ukończenia nauki, nie dłużej jednak niż do ukończenia 25 roku życia.
2. osoby wymienione w ust. I, w stosunku do których orzeczono znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności do ukończenia 25 roku życia.

3. współmałżonkowie oraz osoby pozostające w faktycznym pożyciu, prowadzące wspólne gospodarstwo domowe.

******Jako dochód rozumie się dochód netto osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym, czyli dochód brutto pomniejszony o składki na ubezpieczenie społeczne i zaliczkę na podatek dochodowy przypadający na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym wskazanych w oświadczeniu osoby ubiegającej się o świadczenie zdrowotne. Dochodem gospodarstwa domowego są wszelkie dochody netto, pomniejszone o kwotę świadczonych na rzecz dzieci alimentów ustalonych wyrokiem sądowym bądź ugodą. W dochodzie gospodarstwa domowego uwzględnia się kwotę alimentów otrzymywanych na rzecz dzieci na podstawie wyroku sądowego lub ugody sądowej bądź pozasądowej.

W przypadku prowadzenia działalności gospodarczej i współpracy przy prowadzeniu tej działalności dochody z tego tytułu przyjmuje się w wysokości nie niższej niż zadeklarowane przez osoby osiągające te dochody kwoty stanowiące podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, a jeżeli z tytułu tej działalności lub współpracy nie istnieje obowiązek ubezpieczenia społecznego - kwoty nie niższe od najniższej podstawy wymiaru składek obowiązujących osoby ubezpieczone.

Dochodem na osobę w gospodarstwie domowym jest kwota wynikająca z podzielenia dochodu gospodarstwa domowego przez liczbę osób uprawnionych zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym.

II. Oświadczam, że wnioskowane dofinansowanie nie obejmuje pokrycia zakupu leków i pozostałych świadczeń uzyskanych nieodpłatnie oraz wydatków zrefundowanych z innych funduszy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych

.....

Data i własnoręczny podpis

III. Poinformowano mnie o przysługującym mi prawie cofnięcia niniejszej zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Aby wycofanie zgody było tak łatwe jak jej wyrażenie Administrator zapewnia mi dostęp w swojej siedzibie do niniejszego formularza i umożliwia złożenie podpisu pod klauzulą „Cofam zgodę na przetwarzanie danych”.

W związku ze złożeniem wniosku o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli wyrażam dobrowolnie i świadomie zgodę na przetwarzanie przez Administratora Starostę Lęborskiego z siedzibą w Starostwie Powiatowym w Lęborku 84-300 Lębork, ul. Czołgistów 5, poniżej wymienionych moich danych osobowych

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

i poświadczam ten fakt własnoręcznym podpisem pod klauzulą „Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych”.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych

.....
Data i własnoręczny podpis

Cofam zgodę na przetwarzanie danych

.....
Data i własnoręczny podpis

IV. W przypadku przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli proszę o przekazanie środków na:

.....
(nazwa rachunku)

.....
(nazwa Banku)

.....
(numer rachunku)

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis dyrektora szkoły lub placówki)

CZĘŚĆ C

POTWIERDZENIE ZATRUDNIENIA/PRZEYJŚCIA NA EMERYTURĘ, RENTĘ, NAUCZYCIELSKIE ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE

Potwierdzam, iż Pan/Pani

☐ jest

☐ był/a

zatrudniony/a w:

.....
(nazwa szkoły lub placówki)

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis dyrektora szkoły lub placówki)

CZĘŚĆ D

DECYZJA STAROSTY LĘBORSKIEGO*:

1. Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości
zł, słownie złotych:
2. Nie przyznaję pomocy zdrowotnej.

* niepotrzebne skreślić

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z wymaganiami art. 13 i 14 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) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1), zwane dalej „RODO”, informujemy, że:

1. **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest;**
2. Starostwo Powiatowe w Lęborku reprezentowane przez Starostę Lęborskiego z siedzibą w Lęborku, 84-300, ul. Czołgistów 5
2. **Nadzór nad prawidłowym przetwarzaniem danych osobowych w Starostwie Powiatowym w Lęborku sprawuje Inspektor Ochrony Danych: Marek Czechowski** email: iodo@starostwoleborg.pl lub korespondencyjnie na adres Administratora Danych Osobowych.
3. **Cel przetwarzania i podstawa prawna**
 - o Starostwo Powiatowe w Lęborku, przetwarza dane osobowe wyłącznie w konkretnych, wyraźnych i prawnie uzasadnionych celach i nie przetwarza ich dalej w sposób niezgodny z tymi celami.
 - o Celem przetwarzania danych osobowych przez Starostwo Powiatowe w Lęborku jest wypełnianie obowiązków publicznych nałożonych na nią przepisami prawa.
 - o Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym w zakresie: edukacji publicznej, promocji i ochrony zdrowia, pomocy społecznej, polityki prorodzinnej, wspierania osób niepełnosprawnych, transportu zbiorowego i dróg publicznych, kultury oraz ochrony zabytków i opieki nad zabytkami, gospodarki wodnej, obronności, promocji powiatu, oraz współpracy z organizacjami pozarządowymi.
4. **Okres przetwarzania danych osobowych wynika bezpośrednio z przepisów prawa, jest adekwatny do celów wynikających z:**
 - Wykonywania zadań realizowanych w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi podstawa art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia RODO,
 - realizacji działań prowadzonych na podstawie udzielonych zgód, m.in. dla potrzeb aktualnej i przyszłej rekrutacji. W każdym przypadku zbierana od Pani/Pana zgoda będzie wskazywała m.in. cel przetwarzania danych, który w oparciu o tę zgodę realizujemy (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a) lub art. 9 ust. 2 lit. a) Rozporządzenia RODO ;
 - wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, w związku z realizacją zadań wynikających z ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c) Rozporządzenia RODO
 - wypełnienie obowiązku prowadzenia ksiąg rachunkowych oraz obowiązku podatkowego –zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w związku z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;
 - kontaktowanie się z Państwem w celach informacyjnych, np. w celu potwierdzenia bądź zmiany/odwołania terminu wizyty –zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b) oraz f) Rozporządzenia RODO,;
 - zapewnienie możliwości dochodzenia ewentualnych roszczeń –zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b) oraz f) Rozporządzenia RODO;
 - W celu bieżącego kontaktu wynikającego z zawartej umowy lub z podjętych działań zmierzających do jej zawarcia lub innych czynności niezbędnych do realizacji zawarcia umowy (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia RODO”);
5. **Pani/Pana dane osobowe nie są udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie przepisów prawa.**
6. **Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.**
7. **Osobom, których dane są przetwarzane zgodnie z RODO przysługuje:**
 - o prawo dostępu do własnych danych osobowych,
 - o prawo do żądania od administratora sprostowania, uzupełnienia, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania własnych danych osobowych, a także wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania - w sytuacjach przewidzianych prawem,

- prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie własnych danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
 - prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie (00-193) przy ul. Stawki 2w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
8. **Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, nie krócej niż wskazany w przepisach o archiwizacji (zasady klasyfikacji oraz okres przechowywania danych) .**
9. **Przy przetwarzaniu danych osobowych w trybie RODO nie występuje zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie.**