**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

Szczecin, ……………………………..

*………………………………………..*

*(imię i nazwisko nauczyciela)*

………………………………….. **Dyrektor**

*…………………………………….…* **Szkoły Podstawowej nr 59**

*(adres zamieszkania)*

**w Szczecinie**

*………………………………………*

*(telefon)*

 Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego.

Uzasadnienie:

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

Do wniosku dołączam:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,

- dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia,

- kopię zeznania o wysokości osiągniętego dochodu (formularz PIT) w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej lub ostatni odcinek emerytury lub renty, w przypadku nauczyciela emeryta lub rencisty.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych\*.

Proszę o przekazanie przyznanej kwoty na rachunek bankowy nr:\*\*

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

……………………………………………………………

Data i podpis Wnioskodawcy

**Opinia Komisji ds. pomocy zdrowotnej dla nauczycieli:**

Komisja opiniuje pozytywnie / negatywnie\*\*\* powyższy wniosek.

Proponowana wysokość pomocy finansowej …………………………….. zł.

 Podpisy członków Komisji:

1. …………………………………………………………

2. …………………………………………………………

3. …………………………………………………………

4. …………………………………………………………

5. …………………………………………………………

**Decyzja Dyrektora szkoły:**

Udzielono / nie udzielono\*\* pomocy zdrowotnej w wysokości …………………………..………… zł.

…………………………………………

Podpis Dyrektora

\* klauzula dostępna na drugiej stronie

\*\*dotyczy emerytów i rencistów

\*\*\* niepotrzebne skreślić

**Klauzula informacyjna dla osób korzystających ze środków finansowych z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej**

* + - 1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Szkoła Podstawowa nr 59 im. Bolesława Krzywoustego w Szczecinie. Z Administratorem można skontaktować się listownie: ul. Dąbska 105 70-789 Szczecin, e-mailowo: sekretariat@sp59.szczecin.pl. oraz telefonicznie: 91 46 33 795
			2. Inspektorem Ochrony Danych jest Radosław Jaśkiewicz, z którym można się skontaktować
			e-mailowo: iod@spnt.pl oraz telefonicznie: 91 85 22 093.
			3. Państwa dane osobowe są przetwarzane do celów związanych z działalnością Komisji ds. pomocy zdrowotnej dla nauczycieli w Szkole Podstawowej nr 59, w tym w celu realizacji przysługujących Państwu świadczeń, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. b RODO w związku z obowiązkiem prawnym nałożonym na Administratora uchwałą nr X/295/07 Rady Miasta Szczecin z dnia 11 czerwca 2007 r. w sprawie ustalenia Regulaminu przyznawania środków finansowych z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.
			4. Odbiorcami danych osobowych są upoważnieni pracownicy Administratora, podmioty, którym należy udostępnić dane osobowe na podstawie przepisów prawa, a także te, którym dane zostaną powierzone do zrealizowania celów przetwarzania.
			5. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż jest to niezbędne do zrealizowania przysługujących Państwu świadczeń socjalnych z ZFŚS, a także przez okres dochodzenia do nich praw lub roszczeń. Po upływie tego okresu dane osobowe będą przechowywane do celów archiwizacyjnych przez okres określony przepisami prawa w tym zakresie.
			6. Mają Państwo prawo żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
			7. Mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu ochrony Danych osobowych, jeśli uznają Państwo, iż przetwarzanie przez Administratora Państwa danych osobowych narusza przepisy dot. ochrony danych osobowych.
			8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne do skorzystania ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej. Odmowa podania danych spowoduje niemożność przyznania pomocy zdrowotnej.