

WNIOSEK DO PREZYDENTA MIASTA ŻORY
O PRYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO
W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ

1. Dane osobowe nauczyciela / nauczyciela emeryta / nauczyciela rencisty

Status nauczyciela (nauczyciel/emeryt/rencista) – podkreśl prawidłowe

Nazwisko i imię:

Adres zamieszkania:

Miejsce pracy:

Nr telefonu:

e-mail:

2. Oświadczenie o osiągniętych dochodach

Łączny roczny dochód brutto rodziny podzielony przez 12 miesięcy i podzielony przez liczbę członków rodziny (dochód na 1 osobę brutto na miesiąc z PITu za rok poprzedni)

3. Łączna wysokość poniesionych kosztów na leczenie szpitalne, specjalistyczne bądź leczenie z powodu przewlekłej choroby, w tym z zakupem leków na podstawie dowodów księgowych*(należy wpisać kwotę):

1. okulary / soczewki korekcyjne:
2. leczenie stomatologiczne:
3. dofinansowanie kosztów leczenia specjalistycznego:
4. rehabilitacja i sprzęt niezbędny do rehabilitacji:
5. leki zgodnie z załączonym zaświadczeniem lekarskim:

4. Potwierdzenie zatrudnienia (w przypadku nauczyciela-emeryta ostatnie miejsce pracy)

Data:

Podpis Dyrektora szkoły/przedszkola/placówki:

data i podpis wnioskodawcy:

*** do punktu 1, 4 i 5 konieczne jest dołączenie odpowiednich zaświadczeń zgodnie z regulaminem**

Klauzula informacyjna RODO - pomoc zdrowotna nauczycielom

W związku z zapisami art. 13 oraz art. 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) (Dz. U. UE. z 2016 r., L 119, poz. 1) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Miasta Żory jest Prezydent Miasta Żory, Al. Wojska Polskiego 25, 44-240 Żory, tel. 32 4348200, email: umzory@um.zory.pl
2. W Urzędzie Miasta Żory wyznaczono Inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się przez: email iod@um.zory.pl, tel. 32 43 48 133
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu prowadzenia spraw związanych z udzielaniem pomocy zdrowotnej nauczycielom.
4. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w celu wypełnienia obowiązku prawnego Administratora Danych, zgodnie z Ustawą z 26.01.1982 r. Karta Nauczyciela oraz zgodnie z art. 6 ust. lit. c RODO.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych niezbędnych do realizacji zadań, o których mowa powyżej jest obowiązkowe (wymagane na podstawie wyżej wymienionych przepisów prawa), podanie danych dodatkowych (kontaktowych) jest dobrowolne.
6. Administrator Danych przetwarza Państwa dane osobowe w ściśle określonym, minimalnym zakresie; tj. imiona i nazwisko, adres, telefon i miejsce pracy, dane dotyczące leczenia; niezbędnym do osiągnięcia celu, o którym mowa powyżej.
7. Dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
8. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w obowiązujących przepisach prawa, lecz nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
9. Posiada Pan/i prawo do: dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu.
10. Posiada Pan/i prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na przetwarzanie danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
11. Posiada Pan/i prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych Pana/ią dotyczących naruszałoby przepisy RODO z dnia 27 kwietnia 2016 roku.
12. Podanie danych osobowych jest obowiązkiem ustawowym lub umownym lub warunkiem zawarcia umowy. Jest Pan/i zobowiązany/a do podania danych, a konsekwencją niepodania danych będzie brak realizacji obowiązku ustawowego lub umownego.

(data i podpis)