Załącznik

do Uchwały nr XIV/71/08

Rady Powiatu w Świdwinie

z dnia 28 lutego 2008 r.

**WNIOSEK  
o przyznanie pomocy finansowej z Funduszu Zdrowotnego**

**Część I**

1.  Imię i nazwisko wnioskodawcy

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

2.  Adres zamieszkania, telefon

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

Proszę o przyznanie mi pomocy finansowej z Funduszu Zdrowotnego z powodu:

......................................................................................................................................... …………………………………………….

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

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

**Część II**

Oświadczam, że w ostatnich trzech miesiącach moja rodzina uzyskała dochody w podanych niżej wysokościach:

1. Dochód wnioskodawcy …………………………………………….…………………….

2. Dochód współmałżonka i członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

…………………………………………….………………………………………………………………………………………………………

3. Razem dochód z 3 miesięcy .……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. Przeciętny miesięczny dochód na 1 osobę w rodzinie……………………………………...............................................................

Oświadczam, że z powyższego dochodu poza mną utrzymują się następujące osoby:

a/ …………………………………………………..

b/ …………………………………………………..

c/ …………………………………………………..

Oświadczam, że z tej formy pomocy korzystałem/am w roku ………………………………..

Prawidłowość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy/a odpowiedzialności regulaminowej i karnej (art. 247 § 1 kk). Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moim danych osobowych na potrzeby Funduszu Zdrowotnego (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.)

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. ………………………………………………………………………………………………………………………………………..
5. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
6. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
7. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
8. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
9. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
10. ………………………………………………………………………………………………………………………………………...

...............................................        ..................................................  
(miejscowość, dnia)     (podpis wnioskodawcy)

**Część III**

Adnotacja Komisji zdrowotnej o przyznaniu/nie przyznaniu zapomogi:

1. Ocena wymogów formalnych wniosku: spełnia/niespełnia

2. Po rozpatrzeniu wniosku Komisja Zdrowotna proponuje przyznać zapomogę w wysokości

………………….….. słownie złotych ……………………………………………………………………………………………………

Nie przyznaje się zapomogi /uzasadnienie/ ………………………………………………………………………………………….

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

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

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

……………………… dnia ………………………………….

Skład Komisji Zdrowotnej Podpisy

1. ………………………………………………… ……………...........................

2. ………………………………………………… ……………………………………..

3. ………………………………………………… ……………………………………... Zatwierdzam do wypłaty

4. ………………………………………………… ………………………………………..

5. ………………………………………………… ………………………………………… …………………………………………….

**ZESPÓŁ PLACÓWEK SPECJALNYCH W SŁAWOBORZU**

**FUNDUSZ ZDROWOTNY**

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH W PRZYPADKU ZBIERANIA DANYCH OD OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ ORAZ W PRZYPADKU ZBIERANIA DANYCH Z INNEGO ŹRÓDŁA NIŻ OD OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), (Dz. Urz. z 04.05.2016 r. UE L119, s.1 do 88), dalej RODO, informuję, że:

1) **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest** Zespół Placówek Specjalnych w Sławoborzu, ul. Lepińska 3, 78-314 Sławoborze, e-mail: [sekretariat@soswslawoborze.pl](mailto:sekretariat@soswslawoborze.pl), tel. +48 94 364 70 13, zwany dalej Administratorem, w imieniu którego działa Dyrektor ZPS w Sławoborzu;

2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. **Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych: Dariusz Florek,** adres poczty elektronicznej e-mail: [iod@soswslawoborze.pl](mailto:iod@soswslawoborze.pl);

3) **Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu**:

1. realizacji i wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) i art. 9 ust. 2 lit. b) RODO, tj. obsługi przez Administratora nauczycieli i byłych nauczycieli, którzy przeszli na emeryturę, rentę, a także osoby korzystające z nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego w zakresie wypełniania obowiązku wynikającego z prawa oświatowego, ustawy Karta nauczyciela i uchwał organów stanowiących powiatu związanego;
2. ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d) i art. 9 ust. 2 lit. c) RODO, w związku z korzystaniem z pomocy przez osoby uprawnione;
3. niezbędnym do celów archiwalnych w interesie publicznym i celów statystycznych zgodnych z art. 89 ust. 1 RODO, na podstawie prawa Unii lub państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa, do ochrony danych osobowych i przewidują odpowiednie, konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, na podstawie art. 9 ust. 2 lit. j) RODO, tj. w celu realizacji obowiązku wynikającego z przepisów dotyczących obowiązków archiwalnych i statystycznych;

w związku z realizacją pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, rozliczeń z organami administracji państwowej i podmiotów uprawnionych;

4) **Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą**: organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów wyżej wymienionej ustawy, upoważnieni pracownicy Administratora. Dane mogą być także przekazywane innym podmiotom, zapewniającym obsługę administracyjną, techniczną i informatyczną Administratora, a w szczególności podmiotom administrującym systemami informatycznymi, serwisujących sprzęt informatyczny, zapewniającym transport dokumentów i nośników elektronicznych, zapewniającym niszczenie dokumentów i nośników elektronicznych oraz podmiotom zapewniającym obsługę prawną. Przekazywanie danych realizowane będzie na podstawie zawartych umów, w tym powierzenia przetwarzania danych, a podmioty przetwarzające mogą je przetwarzać jedynie na polecenie Administratora, co należy rozumieć w ten sposób, że nie są uprawnione do przetwarzania tych danych we własnych celach.

5) **Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.**

6) **Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres:** niezbędny do przyznania ulgowej usługi i świadczenia, dopłaty z Funduszu Zdrowotnego oraz ustalenia ich wysokości, a także przez okres niezbędny do dochodzenia praw lub roszczeń, a po tym okresie przez czas oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa niezbędnym do celów archiwalnych w interesie publicznym;

7) **Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych** oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, a nie na podstawie przepisów uprawniających Administratora do przetwarzania tych danych;

8) **Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych**, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), w następujący sposób:

* Listownie: **Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;**
* Przez elektroniczną skrzynkę podawczą dostępną na stronie: <https://www.uodo.gov.pl/pl/p/kontakt>;
* Telefonicznie: (22) 531 03 00;

9) **Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest**:

1. wymogiem ustawowym, gdy przesłanką przetwarzania danych osobowych jest przepis prawa w myśl art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. b), c) RODO;
2. wymogiem obowiązkowym, gdy przesłanką przetwarzania danych osobowych jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osób, której dane dotyczą w myśl art. 6 ust. 1 lit. d) oraz art. 9 ust. 2 lit. j) RODO.

Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, gdy wymagają tego przepisy prawa lub potrzeba zawarcia i realizacji umowy, a konsekwencją niepodania danych osobowych może być naruszenie przepisów prawa bądź odmowa zawarcia umowy lub przyznania świadczenia według stawek regulaminowych.

10) **Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.**

Ponadto, zgodnie z art. 14 ust. 1 i ust. 2 RODO, informuję, że:

1. **W związku z gromadzeniem Pani / Pana danych z innego źródła niż od osoby**, której dane dotyczą, informuję, że Administrator gromadzi Pani / Pana dane osobowe zwykłe i dane szczególnych kategorii.
2. **Źródłem danych**, gromadzonych nie od osób, których dane dotyczą są osoby fizyczne, spokrewnione z osobą, której dane dotyczą, w zakresie i w celu przyznania i realizacji ulgowych usług, świadczeń i dopłat z Funduszu Zdrowotnego.