**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

**Wnioskodawca** *(imię i nazwisko)* …………………………………………………………………………………………

**Adres zamieszkania i nr tel**. …………………………………………………………………………………………………

**Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony** ………………………………………………………

**Uzasadnienie:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(uzasadnienie winno zawierać m. in. informacje dotyczące kosztów poniesionych przez nauczyciela w związku z leczeniem jak i całokształtu okoliczności wpływających na sytuację materialną: przewlekła choroba, konieczność leczenia specjalistycznego, konieczność dalszego leczenia w domu, stosowanie diety żywieniowej, zapewnienie opieki dla chorego, konieczność ciągłych dojazdów na leczenie, konieczność rehabilitacji itp.)

**Oświadczenie o wysokości dochodów na członka rodziny**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię nauczyciela | Dochód\* rodziny (netto) | Ilość członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie | Dochód netto na członka rodziny | Poniesione koszty leczenia | Wyliczenie relacji koszty leczenia/dochód na członka rodziny |
| D = B:C | F = E:D |
| A | B | C | D | E | F |
|  |  |  |  |  |  |

\* Przez dochód rodziny, o którym mowa w załączniku należy rozumieć wartość średnią sumy wszystkich źródeł dochodu rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku.

Załączniki:

* 1. Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wnioskodawcy.
  2. Dokumenty potwierdzające koszty leczenia poniesione przez wnioskodawcę (np. faktury za wykupione lekarstwa czy zabiegi rehabilitacyjne lub za zakupiony specjalistyczny sprzęt medyczny itp.)

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych), Dz.U. UE.L.2016.119.1 (dalej: RODO)**

Informujemy, że:

1. Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych jest Starosta Strzyżowski z siedzibą przy ul. Przecławczyka 15 w Strzyżowie (kod pocztowy: 38-100 Strzyżów), tel.: 17265000, adres e-mail: [*starostwo@strzyzowski.pl*](mailto:starostwo@strzyzowski.pl), *inspektorem danych osobowych u Administratora jest Tomasz Ziobro, e-mail: iod@strzyzowski.pl.*

2. Celem zbierania danych jest rozpatrzenie wniosku, przyznanie i wypłacenie *środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.*

3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego *Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie.*

4. Podane przez Panią/Pana dane są przetwarzane przez Administratora na podstawie przepisów prawa upoważniających do ich pozyskania i przetwarzania. *Podanie danych osobowych jest ustawowym obowiązkiem umożliwiającym realizację zadań w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi. Niepodanie wymaganych danych będzie skutkować niezałatwieniem sprawy.*

*5.* Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.

*6.* Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.

*7.* Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

*8.* Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, jak również w okresie koniecznym dla realizacji praw i obowiązków osób, których dane są przetwarzane.

Data i podpis wnioskodawcy ……………………………………………………………………………………