

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię, nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

**KOMISJA DS. POMOCY ZDROWOTNEJ
DLA NAUCZYCIELI**

za pośrednictwem

Wydziału Oświaty

ul. Pszowska 92 A

44-300 Wodzisław Śląski



**PODANIE O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI
ZATRUDNIONYCH W SZKOŁACH LUB PLACÓWKACH PROWADZONYCH PRZEZ
POWIAT WODZISŁAWSKI**

Zwracam się z wnioskiem o
w formie zasiłku pieniężnego w kwociezł (słownie:.....).

Rodzaj schorzenia/choroby :

Uzasadnienie

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

Oświadczam, że:

- 1) jestem zatrudniona/y* /jestem emerytką/tę*/rencistką/stą*, która/y przed przejściem na emeryturę*/rentę* była/był zatrudniony/a w.....;
- 2) poprzednio uzyskałam/em pomoc zdrowotną w dniu
- 3) oświadczam, że średnia wysokość dochodów (brutto) na członka mojej rodziny za ostatnich 6 miesięcy wynosi : zł (słownie:.....).
- 4) oświadczam, że podane przeze mnie powyżej informacje są zgodne z prawdą.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Załączniki :

1. Zaświadczenia lekarskie:
2. Rachunki/faktury za leczenie w danym roku kalendarzowym:
3. Dodatkowe informacje wnioskodawcy:

* - niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA

1. **Administratorem danych osobowych** przetwarzanych w związku z postępowaniem jest **Starosta Wodzisławski** (ul. Bogumińska 2, 44-300 Wodzisław Śląski).
2. Państwa dane osobowe przetwarzamy w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej w związku z wykonywaniem obowiązków prawnych ciążyących na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO**). W pewnym zakresie możemy przetwarzać dane osobowe również na podstawie Państwa zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) – np. numer telefonu.

3. **Informacje o rozstrzygnięciu wniosku przetwarzamy przez okres wynikający z przepisów** dotyczących instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt i działania archiwów zakładowych – zasadniczo przez okres 25 lat licząc od roku, w którym zakończono postępowanie. Jednakże wszystkie załączniki do wniosku, w tym w szczególności informacje o stanie zdrowia, są niszczone w trakcie procesu archiwizacji dokumentów tj. w roku następnym po roku, w którym zakończono postępowanie.
4. Podanie przez Państwa danych jest **obowiązkiem ustawowym**. Obowiązek dotyczy wskazania Państwa danych identyfikacyjnych i danych opisujących okoliczności składanego wniosku. Dodatkowo mogą nam Państwo przekazać **dane opcjonalne w oparciu o Państwa zgodę**, które nie są niezbędne do realizacji wniosku, ale mogą np. usprawnić komunikację między nami.
5. Wnioski o pomoc zdrowotną rozpatruje komisja powołana do tego celu przez Zarząd Powiatu Wodzisławskiego. Po rozpatrzeniu wniosków decyzja komisji (dane identyfikacyjne wnioskodawców) przekazywana jest do szkoły, której wnioskodawca jest pracownikiem lub emerytem.
6. Mają Państwo **prawo** dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, a w przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody – prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu i przenoszenia danych. Powyższe prawa mogą być ograniczone na podstawie przepisów RODO oraz innych przepisów Unii lub przepisów krajowych odnoszących się do ochrony danych osobowych. W celu realizacji powyższych praw mogą Państwo złożyć do nas **wniosek**.
7. Mają Państwo ponadto prawo wniesienia **skargi** do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uważają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych narusza przepisy RODO.
8. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych mogą się Państwo kontaktować z **Inspektorem Ochrony Danych w Starostwie Powiatowym: iod@powiatwodzislawski.pl**

** RODO – ogólne rozporządzenie o ochronie danych (2016/679) z dnia 27 kwietnia 2016 r.