**Załącznik**

**do uchwały Nr /2025**

**z dnia …. 2025 r.**

**Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej**

1. Wypełnia nauczyciel

…………………………………………………………………………………………………

*imię i nazwisko*

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

*adres zamieszkania, telefon*

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

*nauczyciel: czynny, emerytowany, przebywający na rencie, pobierający świadczenie kompensacyjne – wpisać jedną z możliwości*

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

*nazwa szkoły/placówki, w której nauczyciel jest/ był zatrudniony*

Przyznaną pomoc zdrowotną proszę przekazać na konto:

*……………………………………………………………………………………………..*

*numer rachunku bankowego, na które ma wpłynąć świadczenie*

1. Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Pomocy Zdrowotnej w związku z:٭
2. chorobą zawodową lub chorobą przewlekłą, wymagającą np. stałych konsultacji lekarskich, ciągłego przyjmowania leków itp.;
3. wypadkiem, zdarzeniem losowym wskutek którego wymagane jest leczenie specjalistyczne, leczenie sanatoryjne, zakup urządzeń rehabilitacyjnych;
4. długotrwałym leczeniem szpitalnym lub poszpitalnym;
5. pobytem na turnusie rehabilitacyjnym lub leczeniem uzdrowiskowym;
6. koniecznością korzystania z usług z zakresu: okulistyki, protetyki dentystycznej lub stomatologii;
7. zakupem aparatu słuchowego;
8. wydatkiem na zakup wyrobów medycznych, środków pomocniczych, sprzętu   
   i urządzeń rehabilitacyjnych umożliwiających lub ułatwiających proces rehabilitacji leczniczej, przysługującej na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza.

Uzasadnienie:

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

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

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

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

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

1. W załączeniu do wniosku przedkładam:٭٭

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

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

……………………..………… …..…………………………………..

miejscowość i data podpis wnioskodawcy

1. Oświadczenie o dochodach

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny wyliczony z ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi ………………………..

……………………………… …………………………………..

miejscowość i data podpis wnioskodawcy

1. Potwierdzenie zatrudnienia przez dyrektora szkoły/placówki:

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

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

…………………………………... ……………………………………

pieczęć szkoły/placówki data i podpis dyrektora

1. Wypełnia organ przyznający pomoc zdrowotną:
2. Wniosek spełnia/nie spełnia\*٭٭ wymogi/wymogów\*٭٭ Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych prowadzonych przez Powiat Grójecki, nauczycieli emerytów, rencistów oraz pobierających nauczycielskie świadczenia kompensacyjne.

Podpis pracownika Edukacji i Zdrowia

….………………………………………….

1. Świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej:

- zostało przyznane w wysokości …………………….....zł / nie zostało przyznane٭٭٭ (uzasadnienie)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Podpis dwóch członków zarządu

1. ………………………………………….…
2. …………………………………………….

٭ zakreślić właściwe

٭٭ do wniosku należy dołączyć:

a) aktualne zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane   
z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczeniem specjalistycznym (wskazanie leków przyjmowanych na stałe ściśle związanych   
z chorobą wymienioną w zaświadczeniu), koniecznością stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, koniecznością zapewnienia choremu opieki;

b) oryginały imiennych faktur lub rachunków poniesionych wydatków wymienionych we wniosku nie wcześniej niż w ciągu dwunastu miesięcy liczonych od dnia złożenia wniosku, dokumenty potwierdzające wydatek muszą być ściśle związane   
z przyczyną na podstawie, której ma być przyznana pomoc zdrowotna;

c) oryginały imiennych dokumentów potwierdzających wydatki.

٭٭٭niepotrzebne skreślić

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH –**

**(Beneficjenci pomocy zdrowotnej- nauczyciele oraz nauczyciele emeryci, renciści   
i nauczyciele na świadczeniach kompensacyjnych)**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. Urz. UE. L. z 2016 r. Nr 119, s. 1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest - **Starostwo Grójec – w imieniu którego występuje Starosta Grójecki** (Starostwo Powiatowe w Grójcu adres:   
   ul. J. Piłsudskiego 59; 05-600 Grójec; numer telefonu: 48/6651110; e-mail: starostwo@grojec.pl)
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych   
   za pośrednictwem adresu e - mail: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w związku z udzielaniem pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, w tym nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w związku z art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 984 ze zm.). Podstawą dopuszczalności przetwarzania danych osobowych szczególnych kategorii jest art. 9 ust. 2 lit. g RODO.
4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu,   
   o którym mowa w pkt 3 z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych   
   w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 10 lat.
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
6. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
7. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
8. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
9. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
10. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
11. prawo do usunięcia danych w przypadkach określonych w przepisach RODO;
12. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
13. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.
14. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych tj. usługodawcom wykonującym usługi serwisu systemów informatycznych, podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT, dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom usług informatycznych w zakresie systemów księgowo-ewidencyjnych, usługodawcom   
    z zakresu księgowości oraz doradztwa prawnego, dostawcy usług hostingu poczty mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową, dostawcy usług brakowania bądź archiwizowania dokumentacji i nośników danych, a także m.in. usługodawcom wykonujących usługi serwisu systemów informatycznych lub doradztwa prawnego, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.