

Miasta Ząbki

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania*:
-
3. Numer telefonu*:.....
4. Adres poczty elektronicznej*.....
5. Nazwa szkoły/przedszkola w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony
-

Zwracam się z prośbą o przyznanie dofinansowania kosztów leczenia ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej:

.....

.....

.....

.....

.....

6. Oświadczam, że:

1) wydatki związane z leczeniem, o których mowa § 3 ust. 1 Uchwały Nr X/97/2024 Rady Miasta Ząbki z dnia 25 listopada 2024 r. (Dz. Urz. Woj. Maz. Poz. 12082) w sprawie określenia rodzajów świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu przyznawania tych świadczeń, w okresie 12 miesięcy do dnia złożenia wniosku wyniosły..... zł

.....(słownie);

2) wydatki związane z leczeniem, o których mowa § 3 ust. 1 ww. uchwały są udokumentowane dokumentami potwierdzającymi poniesione koszty dołączonymi do wniosku;

3) wnioskowane dofinansowanie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu leków i pozostałych świadczeń uzyskanych nieodpłatnie oraz wydatków zrefundowanych z innych funduszy.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

7. Oświadczenie o stanie zdrowia wnioskodawcy:

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

Wypłaty świadczenia pieniężnego proszę dokonać

[] na rachunek bankowy (wg wyboru)

[] w kasie Urzędu Miasta Ząbki (wg wyboru)

Do wniosku dołączam:

1. dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

* dane dobrowolne

DECYZJA BURMISTRZA MIASTA ZĄBKİ

Zgodnie z Uchwałą Nr X/97/2024 Rady Miasta Ząbki z dnia 25 listopada 2024 r. (Dz. Urz. Woj. Maz. Poz. 12082) w sprawie określenia rodzajów świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu przyznawania tych świadczeń
przyznaję/nie przyznaję dofinansowanie kosztów leczenia w wysokości.....zł
(słownie złotych:.....)

*niepotrzebne skreślić

.....
podpis Burmistrza Miasta Ząbki

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z UDZIELANIEM POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI	
TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Miasta Ząbki z siedzibą w Ząbkach (05-091), ul. Wojska Polskiego 10.
DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA	Z administratorem można kontaktować się w następujący sposób – listownie na adres siedziby: Urząd Miasta Ząbki, ul. Wojska Polskiego 10, 05-091 Ząbki; e-mailowo um@zabki.pl ; telefonicznie tel. 22 5109-700 do 702.
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować z inspektorem ochrony danych za pomocą adresu daneosobowe@zabki.pl lub telefonicznie: 783-220-250.
CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWA PRAWNA	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu: 1. przyjęcia i rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela; 2. weryfikacji spełnienia warunków uprawniających do otrzymania pomocy zdrowotnej; 3. ustalenia wysokości przysługującego świadczenia oraz podjęcia decyzji w sprawie jego przyznania; 4. weryfikacji dokumentów potwierdzających poniesione koszty leczenia; 5. wypłaty przyznanego świadczenia pieniężnego; 6. dokumentowania, rozliczania i kontroli prawidłowości wykorzystania środków publicznych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli; 7. realizacji obowiązków wynikających z przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, w związku z art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela oraz uchwałą Nr X/97/2024 Rady Miasta Ząbki z dnia 25 listopada 2024 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu przyznawania tych świadczeń. W przypadku przetwarzania danych osobowych dotyczących zdrowia, stanowiących szczególną kategorię danych osobowych, podstawą ich przetwarzania jest art. 9 ust. 2 lit. g RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie przepisów prawa, które przewidują odpowiednie i właściwe środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą, w związku z art. 72 ustawy – Karta Nauczyciela oraz przepisami uchwały Nr X/97/2024 Rady Miasta Ząbki. Zakres przetwarzanych danych dotyczących zdrowia jest ograniczony do danych niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia oraz rozpatrzenia wniosku, w szczególności do informacji potwierdzających przewlekły lub długotrwały charakter choroby oraz uzasadniających przyznanie pomocy zdrowotnej.
ODBIORCY DANYCH	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: • upoważnieni pracownicy Urzędu Miasta Ząbki, w zakresie niezbędnym do prowadzenia postępowania w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej; • podmioty uprawnione do otrzymania danych na podstawie przepisów prawa; • podmioty świadczące na rzecz administratora usługi niezbędne do realizacji jego zadań, w szczególności usługi informatyczne, prawne, księgowe, archiwizacyjne lub pocztowe – na podstawie odpowiednich umów i wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji tych usług; • bank prowadzący rachunek administratora – w zakresie niezbędnym do realizacji wypłaty świadczenia, jeżeli wypłata świadczenia następuje na rachunek bankowy; • inne podmioty, którym dane mogą zostać udostępnione na podstawie przepisów prawa.
OKRES PRZECHEWYWANIA DANYCH	Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do rozpatrzenia wniosku, zakończenia postępowania w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej, wypłaty i rozliczenia świadczenia oraz przez okres wynikający z obowiązujących przepisów dotyczących archiwizacji i przechowywania dokumentacji. Po zakończeniu realizacji celów, dla których dane zostały zebrane, dane będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z UDZIELANIEM POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

	obowiązującego u administratora jednolitego rzeczowego wykazu akt.
PRAWA PODMIOTÓW DANYCH	W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu, na zasadach określonych w RODO: a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych; b) prawo do żądania sprostowania lub uzupełnienia danych osobowych, jeżeli są nieprawidłowe lub niekompletne; c) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadkach określonych w art. 18 RODO; d) prawo do żądania usunięcia danych osobowych w przypadkach określonych w art. 17 RODO, z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z przepisów prawa, w szczególności w sytuacji, gdy przetwarzanie jest niezbędne do wywiązania się z obowiązku prawnego ciążącego na administratorze. Ze względu na to, że podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO, nie przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych, o którym mowa w art. 20 RODO, ani prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie art. 21 RODO.
PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO	W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa.
ŹRÓDŁO POCHODZENIA DANYCH OSOBOWYCH	Pani/Pana dane osobowe są pozyskiwane bezpośrednio od Pani/Pana jako osoby składającej wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej. Dane mogą być zawarte w szczególności we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, oświadczeniu o stanie zdrowia, dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia oraz dokumentach niezbędnych do realizacji wypłaty przyznanego świadczenia. W zakresie niezbędnym do rozpatrzenia wniosku dane mogą być również pozyskiwane z dokumentów lub informacji przedstawionych przez Panią/Pana w toku postępowania.
INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB WARUNKOWOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH	Podanie danych osobowych jest niezbędne do rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej oraz realizacji świadczenia. Podanie danych wymaganych przepisami prawa oraz niezbędnych do oceny spełnienia warunków przyznania pomocy zdrowotnej nie jest dobrowolne. Niepodanie danych niezbędnych do rozpatrzenia wniosku może skutkować brakiem możliwości ustalenia prawa do świadczenia lub jego wypłaty. Podanie danych dodatkowych, które zgodnie z obowiązującym wzorem wniosku mają charakter dobrowolny, jest dobrowolne. Dotyczy to w szczególności danych kontaktowych, jeżeli ich podanie nie jest niezbędne do rozpatrzenia wniosku.
PRZETWARZANIE W SPOSÓB ZAUTOMATYZOWANY, PROFILOWANIE	Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany (w Pani/Pana sprawie nie będą podejmowane decyzje bez udziału człowieka), w tym nie będą podlegały profilowaniu. Jeżeli Pani/Pana dane będą podlegały profilowaniu, zostaniecie Państwo poinformowani o tym.