**Załącznik nr 1 do Regulaminu gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi**

 **na pomoc zdrowotną dla nauczycieli przedszkoli i szkół prowadzonych przez Gminę Miasto Reda.**

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu wniosku |  |
| **DANE WNIOSKODAWCY:** |
| Imię i nazwisko wnioskodawcy: |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nr telefonu / adres e-mail |  |
| Adres zamieszkania |  |
|  |
| **DANE NAUCZYCIELA:** *(należy wpisać jeśli inny wnioskodawca)* |
| Imię i nazwisko wnioskodawcy: |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres zamieszkania |  |
|  |
| Wniosek dotyczy*(właściwe należy zaznaczyć)* |  NAUCZYCIELA CZYNNEGO ZAWODOWO NAUCZYCIELA: EMERYTA/RENCISTY/OTRZYMUJĄCEGOŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE |
|  |
| Miejsce zatrudnienia / ostatnie miejsce zatrudnienia |  |
| Wymiar zatrudnienia |  |
| Potwierdzenie zatrudnienia *(wypełniają tylko nauczyciele czynni zawodowo)* | ………………………………*pieczęć zakładu pracy* | ………………………………*podpis dyrektora* |
|  |
| **SYTUACJA MATERIALNA:** |
| Dochody brutto członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym **z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku**, przypadające na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodu.*(Przez dochód należy rozumieć wszelkie dochody osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego, zamieszkujących razem i utrzymujących się wspólnie. Do dochodu,**wlicza się w szczególności: wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę, wynagrodzenie z tytułu umów o charakterze cywilnoprawnym (np. zlecenia, o dzieło, najmu, dzierżawy itp.), emerytury i renty, zasiłki z ubezpieczenia społecznego, dochody z działalności gospodarczej; dochody z tego tytułu przyjmuje się w wysokości nie niższej niż zadeklarowane przez osoby osiągające te dochody kwoty stanowiące podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, a jeżeli z tytułu tej działalności lub współpracy nie istnieje obowiązek ubezpieczenia społecznego – kwoty nie niższe od najniższej podstawy wymiaru składek obowiązujących osoby ubezpieczone, stypendia, alimenty, zasiłki dla bezrobotnych)* |
| **L.p.** | **Nazwisko i imię** | **Stopień pokrewieństwa** | **Data urodzenia** | **Miejsce pracy- nauki** | **Wysokość dochodu brutto w zł** |
| 1. |  | Nauczyciel, którego dotyczy wniosek |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
|  Łączny dochód w rodzinie |  |
|  Liczba osób w rodzinie |  |
|  Miesięczny dochód na osobę w rodzinie |  |
| *Oświadczam, że znane mi są przepisy Kodeksu Karnego o odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z prawdą.*……..………………………………… *(czytelny podpis wnioskodawcy)* |
| **UZASADNIENIE WNIOSKU:** |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………… *(podpis wnioskodawcy)* |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
|  |
|  **NUMER RACHUNKU BANKOWEGO, NA KTÓRY ZOSTANIE WYPŁACONA POMOC ZDROWOTNA:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
| **PROPONOWANA PRZEZ KOMISJĘ KWOTA POMOCY ZDROWOTNEJ:** |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… (data i podpis przewodniczącego i członków Komisji) |
|  **DATA ORAZ PODPIS PRZEWODNICZĄCEGO I CZŁONKÓW KOMISJI:** |
|   …………………….. (data)1. …………………………………………………
2. …………………………………………………
3. …………………………………………………
4. …………………………………………………
 |
| **DECYZJA BURMISTRZA MIASTA REDY O PRZYZNANIU POMOCY ZDROWOTNEJ:** |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………… (data i podpis) |

**Klauzula informacyjna**

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych uzyskanych przy składaniu oświadczenia, jest Burmistrz Miasta Redy z siedzibą w Redzie przy ul. Gdańskiej 33, 84-240 Reda,
e-mail: sekretariat@reda.pl.
2. Burmistrz Miasta Redy wyznaczył inspektora ochrony danych, e-mail: iod@reda.pl.
3. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.
4. Podane dane będą przetwarzane na podstawie zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych oraz ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym
i archiwach (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 164 z późn. zm.) i akty wykonawcze wydane na jej podstawie; tj. Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. nr 14, poz. 67), art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t. j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1762 z późn. zm.) oraz niniejszej uchwały Rady Miejskiej w Redzie.
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz powierzone innym podmiotom na podstawie umowy i nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w przepisach o archiwizacji lub do czasu wycofania przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia (w odniesieniu do tych danych, które są przetwarzane wyłącznie na podstawie Pani/Pana zgody), ograniczenia przetwarzania.
8. W przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, co pozostaje bez wpływu na zgodność
z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
w przypadku gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych jest niezgodne
z prawem.
10. Podanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych osobowych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku.
11. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

……..……..…………………………………… (czytelny podpis wnioskodawcy)