

WÓJT GMINY LESZNOWOLA
05-506 Lesznowola
ul. Gminna 60

Zarządzenie Nr 70/2024
Wójta Gminy Lesznowola
z dnia 3 kwietnia 2024 r.

w sprawie ustalenia wzoru wniosku o przyznanie świadczenia pieniężnego z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach podstawowych, dla których organem, prowadzącym jest Gmina Lesznowola .

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 40 ze zm.) oraz § 4 uchwały Nr 943/LXXI/2023 Rady Gminy Lesznowola z dnia 20 grudnia 2023 r. w sprawie ustalenia Regulaminu przyznawania świadczeń z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach podstawowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Lesznowola (Dz. Urz. Woj. Maz. z 2023 r. poz. 15046), zarządzam, co następuje:

§ 1.

Ustala się wzór wniosku o przyznanie świadczenia pieniężnego z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach podstawowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Lesznowola w brzmieniu załącznika do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Wykonanie zarządzenia powierza się dyrektorowi Zespołu Obsługi Placówek Oświatowych w Lesznowoli.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Z up. Wójta
Mirosław Wilusz
Zastępca Wójta

- wzór -

Numer ewidencyjny wniosku:
Data wpływu wniosku:

**WÓJT
GMINY LESZNOWOLA**

**WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO
Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO DLA NAUCZYCIELI ZATRUDNIONYCH W PRZEDSZKOLACH I SZKOŁACH
PODSTAWOWYCH, DLA KTÓRYCH ORGANEM PROWADZĄCYM JEST GMINA LESZNOWOLA**

Wnioskodawca (zaznaczyć właściwe poprzez postawienie znaku X w kratce po lewej stronie):

- Nauczyciel
- Nauczyciel emeryt /rencista/ pobierający świadczenie kompensacyjne
- Osoba występująca w imieniu wnioskodawcy

Imię i nazwisko wnioskodawcy:

Miejsce zamieszkania (adres):

Numer telefonu:

Ostatnie miejsce zatrudnienia:

Ostatni raz korzystałem/am z pomocy zdrowotnej w roku:

Forma przekazania świadczenia:

- przelew na rachunek bankowy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- wypłata w gotówce w Banku Spółdzielczym Ziemi Łowickiej – Oddział w Lesznowoli, ul. Słoneczna 223.

Potwierdzenie zatrudnienia (dotyczy tylko nauczycieli czynnych zawodowo):

Pieczęć zakładu pracy:	Podpis dyrektora placówki:
------------------------	----------------------------

Oświadczenie o dochodach:

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód brutto na jednego członka rodziny, osiągnięty w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających okres ubiegania się o przyznanie świadczenia zdrowotnego wyniósł:

.....

Uzasadnienie do wniosku:

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

Załączniki do wniosku:

(zaznaczyć właściwe poprzez postawienie znaku X w kratce po lewej stronie):

zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę potwierdzające fakt: istnienia choroby zawodowej, długotrwałego leczenia szpitalnego lub poszpitalnego, konieczność zakupu wyrobów medycznych, środków pomocniczych, aparatu słuchowego, stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, konieczność zapewnienia choremu opieki, konieczność zakupu środków farmaceutycznych, zapewnienia wykwalifikowanej opieki medycznej, transportu medycznego, konieczność dojazdu na niezbędne badania i zabiegi medyczne;

kopie podpisanych przez nauczyciela za zgodność z oryginałem, imiennych faktur lub rachunków potwierdzających poniesienie wydatków wskazanych we wniosku, wystawionych w roku, w którym składany jest wniosek;

Inne:
.....
.....
.....
.....
.....

Prawdziwość informacji i danych zawartych w niniejszym wniosku oraz załączonych dokumentach potwierdzam własnym podpisem:

Miejscowość i data:	Podpis wnioskodawcy:
---------------------	----------------------

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych:

Na podstawie 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), dalej: RODO, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w związku z przyznawaniem pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i nauczycieli emerytów i rencistów jest Wójt Gminy Lesznowola, ul. Gminna 60, 05-506 Lesznowola.
2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych ma Pani/Pan możliwość skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Urzędzie Gminy Lesznowola za pomocą adresu mailowego: inspektor@lesznowola.pl lub adresu pocztowego: Inspektor ochrony danych, Gmina Lesznowola, ul. Gminna 60, 05-506 Lesznowola.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celach wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, w tym w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, organizacji wypłaty świadczeń, dokumentowania procesu rozpatrywania wniosku i wypłaty świadczeń, kontroli nad wydatkowaniem środków, ochrony praw i realizacji roszczeń oraz w celach archiwalnych.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO; przetwarzanie danych jest niezbędne dla wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, które wynikają z art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j.Dz. U. z 2019 r. poz. 2215).
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których tu mowa, odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
 - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
 - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów zawartych z Gminą Lesznowola przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Wójt Gminy Lesznowola;
 - c) wskazany przez Panią/Pana bank w związku z realizacją płatności.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych wyżej celów nie dłuższy niż do rozpatrzenia wniosku i wypłaty świadczenia oraz czasu przechowywania na podstawie odrębnych przepisów prawa archiwizacyjnego.
7. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania w przypadkach określonych w art. 18 RODO.
8. W związku ubieganiem się o przyznanie pomocy zdrowotnej i wypłatą świadczeń Pani /Pana dane osobowe nie będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) lub f) RODO, zatem prawo do wniesienia sprzeciwu na podstawie art. 21 RODO nie będzie mogło być zrealizowane; podobnie ze względu na to, że podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, a dane nie będą przetwarzane wyłącznie automatycznie nie będzie mogło być zrealizowane prawo do przenoszenia danych na podstawie art. 20 RODO.
9. Pani/Pana dane nie będą profilowane, ani nie będą przetwarzane wyłącznie automatycznie, żadna decyzja nie będzie podejmowana automatycznie. Pani/Pana dane nie będą przekazywane za granicę ani do organizacji międzynarodowych.
10. Jeśli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa, ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, Warszawa, z tym że prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.
11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale bez nich nie jest możliwe ani rozpatrzenie wniosku, ani wypłata świadczenia, dlatego w przypadku ich niepodania wniosek nie będzie rozpatrzony.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis wnioskodawcy