

¹ Zgodnie z § 4 ust. 2 Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli stanowiącego załącznik do uchwały Nr XI/79/2025 Rady Gminy Jablonka z dnia 29 stycznia 2025 r. w sprawie ustalenia Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli **wniosek może dotyczyć udzielania pomocy zdrowotnej za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.**

Dane właściciela rachunku bankowego:

imię	nazwisko

Adres zamieszkania właściciela rachunku bankowego:

kod pocztowy	miejsowość	ulica	nr domu	nr lokalu

Klauzula informacyjna RODO

Stosując się do 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (dalej jako: „RODO”), informujemy, iż:

1. Administratorem danych osobowych jest **Wójt Gminy Jabłonka**, ul 3-go Maja 1,34-480 Jabłonka dalej zwany „Administratorem”.
2. Administrator wyznaczy Inspektora Ochrony Danych, kontakt: iod@jablonka.pl
3. Dane osobowe są przetwarzane w celu:
 - udzielenia świadczeń z Funduszu Zdrowotnego; badania sytuacji zdrowotnej i materialnej w celu przyznawania świadczeń

na podstawie art. 6 ust 1 lit. c i e RODO, art. 9 ust. 2 lit. b RODO, art. 9 ust. 2 lit. g RODO w zw. z ustawą z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym; ustawą z dnia 26 stycznia 1982 roku Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018r poz. 967 z późn. zm.) oraz odpowiednimi przepisami wykonawczymi, w tym aktami prawa miejscowego - Regulamin pomocy zdrowotnej dla nauczycieli stanowiący załącznik do uchwały Nr XI/79/2025 Rady Gminy Jabłonka z dnia 29 stycznia 2025 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli;

- dochodzenia/obrony przed roszczeniami, na wypadek prawnej potrzeby wykazania faktów, co stanowi uzasadniony interes Administratora – art. 6 ust. 1 lit. f RODO.
2. **Informacja o odbiorcach danych osobowych:**

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane do podmiotów, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające), w szczególności – obsługa informatyczna. Dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa.
 3. **Okres przez który Państwa dane osobowe będą przechowywane:** przez okres niezbędny do zrealizowania celów związanych z Funduszem Zdrowotnym (tj. okres rozpatrzenia wniosku i przyznania/odmowy przyznania świadczenia, przeprowadzenia postępowania odwoławczego – o ile tryb taki został przewidziany), a następnie przez okres zgody z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt obowiązującym u Administratora. Natomiast dane będą przetwarzane w celu dochodzenia/obrony przed roszczeniami – przez okresy przedawnienia wzajemnych roszczeń.
 4. **Informujemy, iż mają Państwo prawo do:**
 - a) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących, w tym prawo do uzyskania kopii danych;
 - b) na podstawie art. 16 RODO prawo do żądania sprostowania (poprawienia) danych osobowych;
 - c) prawo do usunięcia danych – przysługuje w ramach przesłanek i na warunkach określonych w art. 17 RODO,
 - d) prawo ograniczenia przetwarzania – przysługuje w ramach przesłanek i na warunkach określonych w art. 18 RODO,
 - e) prawo do przenoszenia danych osobowych – przysługuje w ramach przesłanek i na warunkach określonych w art. 20 RODO,
 - f) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania – przysługuje w ramach przesłanek i na warunkach określonych w art. 21 RODO, tj. w przypadku gdy:
 - zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora,
 - przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą jest dzieckiem.
 - g) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
 5. Podanie określonych danych osobowych jest konieczne do wypełnienia zadań i obowiązków ciążących na administratorze, wynika z przepisów prawa. Niepodanie danych skutkować może brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznania świadczenia z Funduszu.
 6. Pani/Pana dane osobowe **nie podlegają** zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie uprawnień i opinia Dyrektora Szkoły:

Potwierdzam, że Pan/Pani..... nie posiada/posiada* uprawnienia do korzystania z funduszu zdrowotnego nauczycieli. Wniosek opiniuję pozytywnie/negatywnie* z uwagi na

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis dyrektora szkoły)

Decyzja Wójta Gminy Jabłonka:

Przyznaję/nie przyznaję - pomoc zdrowotną, w wysokości

..... zł (słownie złotych:.....)

Jabłonka,

.....
(pieczęć i podpis Wójta Gminy)

*niepotrzebne skreślić

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

(kod pocztowy, miejscowość)

(miejscowość)

, dnia

(data)

OŚWIADCZENIE NAUCZYCIELA

O ŚREDNIM MIESIĘCZNYM DOCHODZIE PRZYPADAJĄCYM NA CZŁONKA RODZINY

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadający na jednego członka mojej rodziny pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym z uwzględnieniem wszystkich źródeł przychodu wyniósł: zł
(słownie: złotych/100).

Oświadczenie składam w celu ustalenia przysługującego mi prawa do pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego.

(czytelny podpis wnioskodawcy)