



4) inne (np. pełnomocnictwo)

.....  
.....

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że:

1) średnia, wysokość dochodów (netto\*) na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną wynosi: ..... zł, słownie .....

2) liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ..... osób,

2. Oświadczam, że koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia nie były refundowane z innych źródeł.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z ustawą z dnia z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) w zakresie niezbędnym do jego zaopiniowania i przyznania świadczenia.

W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej w formie zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli proszę o wpłatę środków na:

numer osobistego rachunku bankowego:

.....

nazwa banku:

.....

*\* Dochód netto tj. dochód pomniejszony o składki na ubezpieczenie zdrowotne, społeczne oraz zaliczki na podatek dochodowy. Do dochodu tego wlicza się wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę, umowy zlecenia i o dzieło, wynagrodzenia za pracę dorywczą, świadczenia rodzinne i pielęgnacyjne, renty, emerytury, alimenty, zasiłki dla bezrobotnych, dochody z pozarolniczej działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego, świadczenia z pomocy społecznej (zasiłki stałe i okresowe), dochody z majątku rodziny (czynsze najmu i dzierżawy).*

data i podpis wnioskodawcy:

.....

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 (zwane dalej rozporządzeniem RODO) informuję, iż:

**1. Administrator danych osobowych**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wójt Gminy Szczecinek z siedzibą - Urząd Gminy Szczecinek 78-400 Szczecinek ul. Piłska 3 (dalej zwany jako Administrator).

Z administratorem można się skontaktować:

- 1) listownie na adres: Piłska 3, 78-400 Szczecinek;
- 2) telefonicznie (94) 37 432 94;
- 3) fax - (94) 37 420 08;
- 4) przez email: sekretariat@gminaszczecinek.pl.

**2. Inspektor ochrony danych**

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich

sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Z inspektorem można się kontaktować przez email: [iod@gminaszczecinek.pl](mailto:iod@gminaszczecinek.pl) lub listownie na adres Administratora danych z dopiskiem „Inspektor ochrony danych”.

### **3. Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania**

Pani/Pana dane są przetwarzane, w celu :

- 1) przyjęcia wniosku
- 2) przyznania lub odmowy przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.
- 3) wypłaty przyznanego świadczenia
- 4) archiwizacji sprawy.

Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 9 ust 2 lit b) oraz 6 ust.1 lit c) i e) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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) (tj. przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne dla wypełnienia prawnego obowiązku ciążącego na administratorze oraz przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi), w związku z obowiązkami prawnymi określonymi w prawie krajowym:

- 1) uprawnienie wynika z art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca o samorządzie gminnym
- 2) ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela art. 72 ust 1
- 3) obowiązek prawny wynikający z Uchwały nr XLVIII/490/2017 Rady Gminy Szczecinek z dnia 30 października 2017 r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, nauczycieli emerytów i rencistów oraz warunków i sposobu ich przyznawania.
- 4) obowiązek prawny wynikający z art. 5–6 ustawy z 14.7.1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach – na podstawie tych przepisów mamy obowiązek zarchiwizowania sprawy;

### **4. Okres przechowywania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 5 lat po zakończeniu wypłaty przyznanej pomocy.

### **5. Odbiorcy danych**

Administrator będzie przekazywać Pani/Pana dane osobowe:

- 1) Do właściwego Urzędu Skarbowego w sytuacjach wymaganych przez przepisy prawa,
- 2) Centrum Usług Wspólnych Gminy Szczecinek w celu obsługi dokumentacji.

### **6. Przekazywanie danych do państwa trzeciego**

Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państw trzecich.

### **7. Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych i podejmowaniem zautomatyzowanych decyzji**

Przysługują Pani/Panu następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:

- 1) prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych,
- 2) prawo żądania sprostowania Pani/Pana danych osobowych,
- 3) prawo żądania usunięcia Pani/Pana danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej
- 4) prawo żądania ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

Aby skorzystać z powyższych praw, należy skontaktować się z Administratorem lub z naszym inspektorem ochrony danych.

### **8. Prawo wniesienia skargi do organu**

Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

### **9. Wymóg podania danych**

W celu otrzymania pomocy zdrowotnej, podanie danych, w zakresie określonym w przepisach prawa – wskazanej powyżej uchwale Rady Gminy Szczecinek, jest obowiązkowe. Brak podania wymaganych danych spowoduje brak możliwości przyznania świadczenia.