

ZARZĄDZENIE NR XXXVI/2025
WÓJTA GMINY PAPOWO BISKUPIE

z dnia 6 maja 2025 r.

w sprawie określenia wzoru wniosku do określenie rodzaju świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Papowo Biskupie oraz dla nauczycieli emerytów, rencistów i pobierających świadczenie kompensacyjne

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2024 r. poz. 1465, 1572, 1907 i 1940) oraz Uchwały Nr XIII/83/25 Rady Gminy Papowo Biskupie z dnia 15 kwietnia 2025 r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznanych w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gminy Papowo Biskupie oraz dla nauczycieli emerytów, rencistów i pobierających świadczenie kompensacyjne

zarządzam, co następuje:

§ 1. Określić wzór wniosku do regulaminu określającego rodzaj świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, zatrudnionych lub objętych opieką socjalną w szkołach podstawowych, których organem prowadzącym jest Gmina Papowo Biskupie.

§ 2. Treść wniosku stanowi Załącznik nr 1 do Zarządzenia.

§ 3. Wykonanie Zarządzenia powierza się Kierownikowi Referatu Organizacyjnego i Oświaty.

§ 4. Zarządzenie wchodzi w życie z dnia podpisania.

Znak sprawy	Data złożenia wniosku

Wójt Gminy
Papowo Biskupie

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

Dane nauczyciela (którego dotyczy wniosek)											
Imię i nazwisko nauczyciela											
PESEL											
Nr telefonu lub/i adres poczty elektronicznej											
Adres zamieszkania	(ulica, nr domu, nr mieszkania)										
	kod pocztowy						-			miejscowość	
Wniosek dotyczy (właściwie należy zaznaczyć „X”)	☐ nauczyciela czynnego zawodowo ☐ nauczyciela: emeryta/rencisty/otrzymującego świadczenie kompensacyjne										
Miejsce zatrudnienia / ostatnie miejsce zatrudnienia	nazwa szkoły										
	adres szkoły										
Dane wnioskodawcy (należy wpisać jeśli wniosek składa opiekun prawny)											
Imię i nazwisko wnioskodawcy											
PESEL											
Nr telefonu											
Adres zamieszkania	ulica, nr domu, nr mieszkania)										
	kod pocztowy						-			miejscowość	
Oświadczenie o dochodach											
*Miesięczne dochody z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadające odpowiednio na osobę samotnie gospodarującą lub na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym, przy czym miesięczna wysokość dochodu podlega ustaleniu na zasadach określonych w art. 8 ust. 3-13 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.											
L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Miejsce pracy-nauki	Wysokość dochodu z ostatnich 3 miesięcy w zł*						
1.		nauczyciel, którego dotyczy wniosek									
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											

Oświadczenie w zakresie wyrażenia zgody na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej oraz w załączonych do niego dokumentach

Na podstawie 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 (dalej: RODO), informujemy:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wójt Gminy Papowo Biskupie, Papowo Biskupie 128, 86-221 Papowo Biskupie.

2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych: e-mail iod@jumi2012.pl.

3. Cel przetwarzania danych: Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji uprawnień do uzyskania pomocy w ramach środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli realizowanej przez administratora.

4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, określonego w art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela i w uchwale Rady Miejskiej w Koszalinie w określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miasto Koszalin oraz zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a i b.

5. Posiada Pani/Pan prawo:

- na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących,
- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania lub uzupełnienia Pani/Pana danych osobowych,
- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO,
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres ubiegania się o konkretne świadczenie oraz czas niezbędny do ustalenia prawa do świadczenia i realizacji tego prawa oraz wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia 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.

7. Nie przysługuje Pani/Panu:

- w związku z art. 17 RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
- prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO,
- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych.

8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich i udostępniane organizacjom międzynarodowym.

9. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne w celu skorzystania ze świadczenia wskazanego we wniosku, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia świadczenia.

Przyjmując powyższe do wiadomości wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy