

Data wpływu wniosku:

**Prezydent Miasta Łodzi
za pośrednictwem
Wydziału Edukacji
ul. Krzemieniecka 2b**

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko _____

Adres zamieszkania kod _____, miejscowość _____

ul./al. _____ nr domu _____ m. _____

Numer telefonu _____ (za zgodą osoby)

Proszę o przyznanie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego z funduszu na pomoc zdrowotną dla nauczycieli w związku z:

- ☐ długotrwałą chorobą *; ☐ długotrwałym leczeniem szpitalnym *;
☐ długotrwałym leczeniem specjalistycznym *.

Jestem nauczycielem:

- ☐ czynnym zawodowo * (nie dotyczy pracujących emerytów)
☐ emerytem* ☐ rencistą* ☐ otrzymującym świadczenie kompensacyjne *

Zakład pracy: ☐ istnieje* ☐ został zlikwidowany*

Wypełnia zakład pracy:

Wymiar zatrudnienia ☐ pełny * ☐ niepełny* (wymiar etatu): _____

Zatrudnienie na czas ☐ nieokreślony* ☐ określony (od - do) * _____

☐ Potwierdzenie przejścia na emeryturę, rentę, świadczenie kompensacyjne
(data przejścia na ww. świadczenie) _____

☐ Potwierdzenie zatrudnienia nauczyciela czynnego zawodowo

pieczęć zakładu pracy

podpis i pieczęć dyrektora

* właściwe zaznaczyć **X**

Do wniosku załączyć TYLKO:

- 1) **zaświadczenie lekarskie** szt. _____
- 2) oświadczenie o ostatnim miejscu pracy, gdy szkoła/placówka została zlikwidowana (lub zaświadczenie z archiwum) szt. _____
- 3) kopia decyzji ZUS lub waloryzacji dot. emerytury, renty, świadczenia kompensacyjnego szt. _____
- 4) faktury/rachunki imienne szt. _____

NIE DOŁĄCZAĆ

- **ORZECZEŃ O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**
- **WYNIKÓW BADAŃ**
- **WYPISÓW I KART INFORMACYJNYCH ZE SZPITALA**

Rok przyznania poprzedniego świadczenia (dofinansowania) _____

Nr konta, na które należy przekazać świadczenie:

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

Numer PESEL ¹

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

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez Prezydenta Miasta Łodzi, z siedzibą w Łodzi, ul. Piotrkowska 104, moich danych osobowych, zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, w postaci numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktu przy rozpatrywaniu wniosku.

Wiem, że podanie danych jest dobrowolne oraz że mam prawo kontroli przetwarzania swoich danych osobowych, prawo dostępu do treści tych danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz o prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.

Zostałam/-em poinformowana/-y o przysługującym mi prawie do cofnięcia zgody, w dowolnym momencie, w formie, w jakiej została ona wyrażona. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Łódź, dnia _____

czytelny podpis wnioskodawcy

¹ numer PESEL jest niezbędny do wypłaty środków finansowych za pośrednictwem systemu informatycznego wspierającego Zarządzanie Finansami Miasta Łodzi (ZFM) – szczegółowa klauzula informacyjna znajduje się pod linkiem: https://bip.uml.lodz.pl/files/bip/public/BIP_TW_20/BBI_ki_ZFM_20240613.pdf

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych, dla których administratorem danych jest Prezydent Miasta Łodzi w zakresie rozpatrywania wniosków o udzielenie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach/placówkach prowadzonych przez Miasto Łódź, a także emerytów, rencistów lub nauczycieli pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, których ostatnim miejscem zatrudnienia była szkoła/placówka prowadzona przez Miasto Łódź,

Szanowni Państwo,

zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE) uprzejmie informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Prezydent Miasta Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ul. Piotrkowskiej 104, 90-926 Łódź, e-mail: lckm@uml.lodz.pl.
2. Administrator wyznaczył inspektora oraz zastępcę inspektora ochrony danych, z którym może się Pani / Pan skontaktować poprzez e-mail iod@uml.lodz.pl. Z inspektorem ochrony danych i jego zastępcą można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych przez Urząd Miasta Łodzi oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Podanie danych osobowych jest warunkiem koniecznym do realizacji sprawy w Urzędzie Miasta Łodzi. Ogólną podstawę do przetwarzania danych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia. Dodatkowo numer telefonu będzie przetwarzany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia, czyli zgody osoby, której dane dotyczą.
Szczegółowe cele przetwarzania danych zostały wskazane w następujących przepisach:

- a. ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela;
- b. uchwale XLVII/1451/21 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 25 sierpnia 2021 r. w sprawie określenia rodzajów oraz warunków i sposobu przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół prowadzonych przez Miasto Łódź,

Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu weryfikacji zasadności udzielenia pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach/placówkach prowadzonych przez Miasto Łódź, a także emerytów, rencistów lub nauczycieli pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, których ostatnim miejscem zatrudnienia była szkoła/placówka prowadzona przez Miasto Łódź, a w przypadku jej przyznania i wypłaty, także w celu wykazania, że pomoc materialna została przyznana w sposób zgodny z prawem.

4. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom, uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa, tj. organom administracji publicznej lub podmiotom działającym na zlecenie organów administracji publicznej w zakresie obowiązujących przepisów, a ponadto odbiorcom danych w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych, tj. podmiotom świadczącym usługi pocztowe, usługi informatyczne, bankowe. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich, na podstawie szczególnych regulacji prawnych, w tym umów międzynarodowych.
5. Dane osobowe będą przetwarzane, w tym przechowywane przez okres 2 lat, licząc od pierwszego stycznia roku następującego po roku, w którym sprawa została zakończona, a następnie, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, przez okres 5 lat, zgodnie z kategorią archiwalną BE5, a w przypadku zmiany kategorii archiwalnej dokumentacji przez okres zgodny ze zmienioną kategorią archiwalną dokumentacji.
6. W związku z przetwarzaniem danych osobowych posiada Pani/Pan prawo do:
 - a. dostępu do treści swoich danych, na podstawie art. 15 ogólnego rozporządzenia;
 - b. sprostowania danych, na podstawie art. 16 ogólnego rozporządzenia;
 - c. ograniczenia przetwarzania, na podstawie art. 18 ogólnego rozporządzenia;

Dodatkowo w przypadku przetwarzania danych na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do:

- a. usunięcia swoich danych, na podstawie art. 17 ogólnego rozporządzenia;
- b. cofnięcia zgody, w dowolnym momencie, w formie, w jakiej została ona wyrażona.

Prawa te są wykonywane przez Panią/Pana również względem tych osób, w stosunku do których sprawowana jest opieka.

7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.
8. Gdy podanie danych osobowych wynika z przepisów prawa, jest Pani/Pan zobowiązana(y) do ich podania. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udzielenia pomocy materialnej.

Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.