**WNIOSEK**

**O UDZIELENIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO**

**Z FUNDUSZU POMOCY ZDROWOTNEJ**

Imię i nazwisko wnioskodawcy…………………………………………………………………

Miejsce zamieszkania…………………………………………………………………………...

Telefon kontaktowy……………………………………………………………………………..

**Zwracam się do Dyrektora Zespołu Szkół Technicznych i Ogólnokształcących im. Stefana Żeromskiego w Częstochowie przy Alei Niepodległości 16/18 z prośbą o udzielenie mi zasiłku pieniężnego z funduszu pomocy zdrowotnej.**

1. Oświadczam, że miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny, obliczane na podstawie wysokości dochodów uzyskanych w okresie 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, wyniósł:

(prosimy o postawienie znaku **X** w odpowiedniej rubryce)

1.  do 3000 zł
2.  od 3001 zł do 5000 zł
3. powyżej 5000 zł
4. Proszę o wypłatę zasiłku pieniężnego na nr konta:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Świadomy odpowiedzialności regulaminowej i karnej prawdziwość tych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem (art. 233 § 1 Kodeksu karnego)**

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

data i podpis wnioskodawcy

**Klauzula informacyjna – Fundusz zdrowotny**

Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – dalej „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych Zespół Szkół Technicznych i Ogólnokształcących im. Stefana Żeromskiego w Częstochowie.

Z administratorem danych można skontaktować się poprzez:

1. adres do korespondencji: Aleja Niepodległości 16/18, 42-216 Częstochowa
2. numer telefonu: 34 370 95 52
3. adres e-mail: zsto@edukacja.czestochowa.pl
4. Elektroniczną Skrzynkę Podawczą ePUAP :https://epuap.gov.pl/wps/portal/strefaklienta/katalog-spraw/profil-urzedu/zstoczestochowa
5. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod.bfo@edukacja.czestochowa.pl](mailto:iod.bfo@edukacja.czestochowa.pl) lub telefonicznie pod numerem 34 370 63 14.
6. Dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznania i realizacji świadczeń w ramch Funduszu zdrowotnego na podstawie ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela oraz uchwały Nr 389/XXXIV/2008 Rady Miasta Częstochowy z dnia 6 listopada 2008 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawaniaw związku z art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. b RODO.
7. Podanie przez Państwa danych osobowych w zakresie wynikającym z przepisów prawa i uchwały jest niezbędne do realizacji celu określonego w pkt. 3. Odmowa ich podania uniemożliwi przyznanie i realizację świadczeń z funduszu zdrowotnego.
8. Dane osobowe mogą być przekazywane wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa lub na podstawie umowy zawartej z Administratorem danych, w szczególności: Biuro Finansów Oświaty, banki, podmioty uprawnione do obsługi doręczeń (Poczta Polska, kurierzy itp.), podmioty świadczące usługi doręczenia przy użyciu środków komunikacji elektronicznej (Epuap itp.) oraz podmioty zapewniająca wsparcie techniczne dla użytkowanych systemów informatycznych.
9. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt. 3, a następnie będą przechowywane przez okres 5 lat w celach archiwalnych zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt dostępnym w sekretariacie szkoły. Na zasadach określonych przepisami RODO przysługuje Państwu prawo żądania od Administratora:
10. dostępu do swoich danych;
11. sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
12. ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
13. usunięcia danych osobowych;
14. wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).
15. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

…………………………………….. Częstochowa, dn. ………………….. r.

*(Imię i nazwisko pracownika/emeryta)*

Zapoznałem/am się z treścią poniższej klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych w celu przyznania i realizacji świadczeń z Funduszu Zdrowotnego przez Zespół Szkół Technicznych i Ogólnokształcących im. Stefana Żeromskiego w Częstochowie.

*……………………………………………*

*(Czytelny podpis pracownika/emeryta)*