Załącznik do Zarządzenia nr 3146.2024

Prezydenta Miasta Częstochowy

z dnia 8 stycznia 2024 r.

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

*(miejscowość, data)*

**Prezydent Miasta Częstochowy**

**za pośrednictwem Dyrektora**

**Zespołu Szkół Technicznych i Ogólnokształcących im. Stefana Żeromskiego**

**w Częstochowie**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI PRZEZ PREZYDENTA MIASTA CZĘSTOCHOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko nauczyciela: |  |
| Status nauczyciela oraz potwierdzenie wymiaru zatrudnienia lub przejścia na nw. świadczenia\*:  □ rencista/emeryt  □ nauczycielskie świadczenie kompensacyjne  □ czynny zatrudniony w wymiarze co najmniej ½ obowiązkowego wymiaru zajęć oraz data zatrudnienia | Potwierdzenie dyrektora lub wicedyrektora |
| …..........................................  *(pieczęć i podpis dyrektora)* |
| Adres zamieszkania/adres do korespondencji, jeśli inny niż zamieszkania: |  |
| Numer telefonu: |  |
| Adres e-mail nauczyciela: |  |
| Pesel: |  |
| Numer konta bankowego: |  |

Do wniosku załączam:

* 1. oryginał zaświadczenia wydanego przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę potwierdzającego leczenie, wystawionego nie później niż w terminie dwunastu miesięcy liczonych przed datą złożenia wniosku,
  2. kopię decyzji stwierdzającej chorobę zawodową, w przypadku, o którym mowa w § 4 pkt 1, uchwały Rady Miasta Częstochowy dot. pomocy zdrowotnej,
  3. rachunki lub faktury potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem, obejmujące okres nie dłuższy niż dwanaście miesięcy liczonych przed datą złożenia wniosku, wystawione imiennie na nauczyciela,
  4. oświadczenie o dochodach brutto ze wszystkich źródeł oraz średnim dochodzie brutto przypadającym na jednego członka gospodarstwa domowego, z ostatnich trzech miesięcy liczonych przed datą złożenia wniosku.

\* zaznaczyć właściwe

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

*(czytelny podpis nauczyciela)*

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę\* pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym\*\* z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, (wliczając dochód nauczyciela) wynosi ………......................………….………zł\*\*\*

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

*(czytelny podpis nauczyciela)*

\* osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące

\*\* jako wspólne gospodarstwo domowe rozumie się wspólne dysponowanie i zarządzanie mieniem i dochodami oraz wykonywanie innych czynności z zakresu prowadzenia gospodarstwa domowego, w tym wykonywanie codziennych czynności na rzecz osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe i wspólnie zamieszkujących, poprzez zaspokajanie potrzeb życiowych i ścisłą współpracę w prowadzeniu gospodarstwa domowego

\*\*\* wysokość dochodów ze wszystkich źródeł podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu, uzyskanych w ciągu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku

**INFORMACYJNA DOT. PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZAKRESIE WNIOSKU O PRZYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ**

Realizując obowiązek informacyjny w związku z wymaganiami 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 z późn. zm.), dalej RODO informujemy, że:

**TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Urzędzie Miasta Częstochowy jest Prezydent Miasta Częstochowy z siedzibą w Częstochowie (42-217) przy ul. Śląskiej 11/13.

**DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA**

Z Administratorem danych można się skontaktować w następujący sposób:

* za pośrednictwem poczty elektronicznej: [info@czestochowa.um.gov.pl](mailto:info@czestochowa.um.gov.pl),
* przez elektroniczną skrzynkę podawczą ePUAP na adres skrytki: /97j3t1ixjk/SkrytkaESP
* listownie na adres siedziby administratora – 42-217 Częstochowa, ul. Śląska 11/13

**DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH**

Prezydent Miasta Częstochowy wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować w następujący sposób:

* za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@czestochowa.um.gov.pl](mailto:iod@czestochowa.um.gov.pl),
* listownie na adres siedziby administratora
* lub telefonicznie pod numerem 34 3707 373

Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w Urzędzie Miasta Częstochowy oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

**CELE I PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA**

Pani/Pana dane osobowe zawarte we wniosku będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o przyznaniu pomocy zdrowotnej.Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela oraz uchwałą nr 1109.LXXXIII.2023 Rady Miasta Częstochowy z dnia 16 listopada 2023 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

**ODBIORCY DANYCH**

Odbiorcą Pani/ Pana danych jest dyrektor jednostki oświatowej za pośrednictwem którego składany jest wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej.

Odrębną kategorią odbiorców, którym mogą być ujawnione Pani/Pana dane są podmioty uprawnione do obsługi doręczeń jak Poczta Polska, podmioty świadczące usługi doręczania przy użyciu środków komunikacji elektronicznej oraz podmioty wspierające Administratora w wypełnianiu uprawnień i obowiązków oraz świadczeniu usług, w tym zapewniających asystę i wsparcie techniczne dla użytkowanych w Urzędzie systemów informatycznych tj. m.in. podmiot serwisujący system EZD (elektronicznego zarządzania dokumentami), podmiot serwisujący system poczty elektronicznej przy czym zakres przekazania danych tym odbiorcom ograniczony jest wyłącznie do możliwości zapoznania się z tymi danymi w związku ze świadczeniem usług wsparcia technicznego i usuwaniem awarii. Aktualna lista naszych partnerów (podmiotów przetwarzających) znajduje się w załączniku na stronie [odo.czestochowa.pl](https://bip.czestochowa.pl/artykuly/71524/ochrona-danych-osobowych).

**OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu załatwienia wniosku a następnie przechowywane nie krócej niż przez okres 5 lat licząc od roku następnego po zakończeniu sprawy zgodnie z kategorią archiwalną dokumentacji niearchiwalnej BE5. Po tym czasie dokumentacja zostanie poddana obowiązkowej ekspertyzie przez Archiwum Państwowe, które może dokonać zmiany kategorii tej dokumentacji. Zmiana kategorii może wiązać się z uznaniem dokumentacji za materiały archiwalne.

Powyższe wynika z rozporządzenia Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej 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, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej.

**PRAWA PODMIOTÓW DANYCH**

Na zasadach określonych przepisami RODO przysługuje Pani/Panu prawo żądania od Administratora:

* dostępu do treści swoich danych osobowych,
* sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych,
* usunięcia swoich danych osobowych po upływie wskazanych okresów lub ograniczenia ich przetwarzania,

**PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO**

Gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, tel. 22 531 03 00).

**INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Brak podania danych osobowych wskazanych we wniosku może spowodować pozostawienie wniosku bez rozpoznania

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

*(data i podpis nauczyciela)*

Z up. Prezydenta   
Miasta Częstochowy  
(-) Ryszard Stefaniak  
Zastępca Prezydenta  
Miasta Częstochowy