

**UCHWAŁA NR XII/78/24
RADY POWIATU OPOCZYŃSKIEGO**

z dnia 30 grudnia 2024 r.

**zmieniająca uchwałę w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy
zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania**

Na podstawie art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 107) oraz art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2024 r. poz. 986) Rada Powiatu Opoczyńskiego uchwala, co następuje:

§ 1. W uchwale nr IX/55/19 Rady Powiatu Opoczyńskiego z dnia 28 maja 2019 r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Łódzkiego poz. 3395) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 8 ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Wypłata zasiłku dokonywana będzie w sposób wskazany we wniosku, tj. przelewem na wskazany przez wnioskodawcę numer rachunku bankowego lub gotówką w kasie Starostwa Powiatowego w Opocznie.”;

2) załącznikowi do uchwały nadaje się nowe brzmienie zgodne z załącznikiem do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Opoczyńskiego.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Łódzkiego.

Przewodniczący Rady
Powiatu Opoczyńskiego

Michał Bialek

Załącznik do uchwały Nr XII/78/24
Rady Powiatu Opoczyńskiego
z dnia 30 grudnia 2024 r.

ZARZĄD POWIATU OPOCZYŃSKIEGO
ul. Kwiatowa 1A
26 – 300 Opoczno

WNIOSEK O PRYZNANIE ZASIŁKU W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ

/imię i nazwisko nauczyciela/

/adres zamieszkania i nr telefonu/

/nazwa szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony/

w wymiarze _____ etatu w okresie od _____ do _____.

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej w formie zasiłku.

Uzasadnienie:

Ubiegam się o przyznanie pomocy zdrowotnej po raz _____. Ostatnio otrzymałam/łem pomoc w _____ roku.

/miejscowość, data i podpis Wnioskodawcy/

Proszę wskazać sposób wypłaty zasiłku:

Przelew na rachunek bankowy o numerze:

Gotówka, odbiór w kasie Starostwa Powiatowego w Opocznie, ul. Kwiatowa 1a.

/miejscowość, data i podpis Wnioskodawcy/

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- zaświadczenie lekarskie o chorobie*)
- imienne dokumenty finansowe (faktury, rachunki) potwierdzające poniesione koszty*)
- oświadczenie o dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny*)
- inne dokumenty.

Oświadczam, iż poniesione przeze mnie koszty, o refundację których wnioskuję, nie zostały ujęte w poprzednich wnioskach.

/data i podpis Wnioskodawcy/

Oświadczam, że poniesione przeze mnie koszty, o refundację których wnioskuję, nie zostały objęte refundacją przez inne podmioty.

/data i podpis Wnioskodawcy/

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Starosta Opoczyński z siedzibą przy ul. Kwiatowa 1a, 26-300 Opoczno, adres e-mail: sekretariat@opocznopowiat.pl tel. +48 447414900
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD) – kontakt poprzez adres e-mail: iod@opocznopowiat.pl, lub listownie na dane adresowe wskazane w pkt.1.
3. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze zgodnie z art. 6 pkt.1 lit. c RODO i będzie się odbywać w celu prawidłowej realizacji procesu rozpatrzenia wniosku o przyznanie zasiłku w ramach pomocy zdrowotnej określonego w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 roku Krata Nauczyciela oraz ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane tylko podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
5. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt 3, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
7. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych przysługuje Pani/Panu:
 - a) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO;
 - b) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
 - c) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO;
 - d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO
 - e) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych art. 21 RODO. Prawo sprzeciwu ma zastosowanie przy przetwarzaniu danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit e lub art. 6 ust. 1 lit f, co skutkuje nie rozpatrzeniem Pana/Pani wniosku o przyznanie zasiłku w ramach pomocy zdrowotnej.
8. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
9. W przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody tj. art. 6 pkt 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie..
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem zrealizowania celu określonego w pkt 3. Przy czym podanie danych jest:
 - a) obowiązkowe, jeżeli zostało to określone w przepisach prawa;
 - b) dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody. Jednakże konsekwencją niepodania danych, będzie brak możliwości realizacji czynności określonych w pkt 3.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

/data i podpis Wnioskodawcy/

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a 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 "RODO") wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie zasiłku w ramach pomocy zdrowotnej i w jego załącznikach, w celu rozpatrzenia przedmiotowego wniosku i ewentualnego przyznania zasiłku.

/data i podpis Wnioskodawcy/

*) dokumenty obligatoryjne