

**UCHWAŁA NR VII/40/2024
RADY GMINY RZECZYCA**

z dnia 30 września 2024 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie określenia rodzaju świadczeń oraz warunków i sposobu udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Rzeczyca

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 609, poz. 721) oraz art. 72 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2024 r. poz. 986) uchwała się, co następuje:

§ 1. Załącznik Nr 1 i załącznik Nr 2 do uchwały Nr XLV/298/2018 Rady Gminy Rzeczyca z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie rodzaju świadczeń oraz warunków i sposobu udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Rzeczyca (Dz. Urz. Woj. Łódzkiego poz. 3653), otrzymują brzmienie zgodnie z załącznikami do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Rzeczyca .

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

Przewodnicząca Rady Gminy

Aneta Podlasek

Załącznik Nr 1
do uchwały Nr VII/40/2024
Rady Gminy Rzeczyca
z dnia 30 września 2024 r.

**WNIOSEK
o przyznanie świadczenia pieniężnego na pomoc zdrowotną**

.....
(imię i nazwisko nauczyciela)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(status nauczyciela na dzień złożenia wniosku: nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista, pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)

.....
(nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest lub był ostatnio zatrudniony)

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi pomocy zdrowotnej, wynikającej z poniesionych w roku kosztów leczenia/zakupu.....w wysokości.....zł.
(słownie:.....),
udokumentowanych załączonymi dowodami (rachunkami, fakturami).

Złożenie wniosku uzasadniam:

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

Z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku z powodu:

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

W przypadku przyznania mi pomocy zdrowotnej, proszę o przelanie środków finansowych na wskazany poniżej rachunek bankowy:

.....
(nazwa banku i numer rachunku)

.....

Klauzula informacyjna

Wypełniając obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 ust. 1 i ust. 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. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) – dalej RODO, informujemy, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Rzeczyca reprezentowana przez Wójta Gminy Rzeczyca z siedzibą w Rzeczycy przy ul. Parkowej 1, 97 – 220 Rzeczyca, tel.: +48 (44) 7105111, fax: +48 (44) 7890687, e-mail: ug@rzeczyca.pl.
- 2) Inspektorem ochrony danych w Urzędzie Gminy w Rzeczycy jest Pan Marcin Kominiarczyk, e-mail inspektor@cbi24.pl.
- 3) Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie: Urząd Gminy w Rzeczycy.
- 4) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania przez Administratora w oparciu o art. 72 ust. 1 i ust. 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela i uchwały Nr XLV/298/2018 Rady Gminy Rzeczyca z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Rzeczyca (Dz. Urz. Woj. Łódzkiego z 2018 r., poz. 3653) i na podstawie dobrowolnie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a RODO).
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres przyznania pomocy zdrowotnej, a po tym czasie przez okres niezbędny do wypełniania obowiązków wynikających z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz przepisach wykonawczych do niej.
- 6) Posiada Pani/Pan prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, a także ich sprostowania. Przysługuje Pani/Panu także prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także sprzeciwu na przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązywania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.
- 7) Jeżeli przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie zgody, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 8) Pani/Pana dane mogą być udostępniane podmiotom upoważnionym do tego na podstawie przepisów prawa. Mogą zostać także udostępnione podmiotom realizującym czynności niezbędne do realizowania wskazanego celu przetwarzania, tzn. operatorzy pocztowi.
- 9) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi na realizowane przez Administratora przetwarzanie do Prezesa UODO, Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa (uodo.gov.pl).
- 10) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne w celu skorzystania ze świadczenia wskazanego we wniosku, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia świadczenia..
- 11) Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych.

Załącznik Nr 2
do uchwały Nr VII/40/2024
Rady Gminy Rzeczyca
z dnia 30 września 2024 r.

**Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach brutto
przypadających na członka gospodarstwa domowego z ostatnich 3 miesięcy
poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną**

Oświadczam, że miesięczny dochód brutto mojego gospodarstwa domowego wynosi:

- 1) Wysokość wynagrodzenia/emerytury/renty brutto
- 2) Inne dochody brutto osoby ubiegającej się o świadczenie
- 3) Dochody współmałżonka
- Ilość osób w gospodarstwie domowym na utrzymaniu
- Średni miesięczny dochód brutto na osobę

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania pomocy.

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)