



Do wniosku załączam:

- 1) zaświadczenie od lekarza o chorobie nauczyciela wystawione w ciągu trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku lub w dniu składania wniosku;
  - 2) kserokopię dokumentów potwierdzających poniesione koszty leczenia (oryginały do wglądu);
  - 3) oświadczenie o dochodach nauczyciela, stanowiące Załącznik Nr 2 do Regulaminu;
  - 4) inne (wymienić jakie):
- .....

**Obowiązek informacyjny:**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Radu (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 („RODO”) uprzejmie informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych jest Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8;
- 2) dane kontaktowe inspektora ochrony danych: te. 42 663 33 06, e-mail: iod@lodzkie.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu prawidłowej obsługi procesu przyznawania pomocy zdrowotnej. Dostęp do Pani/Pana danych zawartych we wnioskach złożonych do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego posiadają pracownicy Departamentu Kultury i Edukacji, członkowie Komisji Zdrowotnej, a także członkowie Zarządu Województwa Łódzkiego, przyznający świadczenia poprzez podjęcie stosownej uchwały. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust.1 lit. c) RODO oraz art.72 ust.1 w związku z art. 91 d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela ( Dz. U. z 2018 r. poz. 967);
- 4) dane będą przechowywane w Departamencie Kultury i Edukacji Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego nie dłużej niż 2 lata od całkowitego zakończenia spraw związanych z obsługą procedury przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Samorząd Województwa Łódzkiego. Po upływie tego okresu wszystkie dokumenty zostaną przekazane do Archiwum Zakładowego zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych;
- 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania;
- 6) podanie przez Panią/Pana danych jest warunkiem koniecznym do ubiegania się o pomoc zdrowotną;
- 7) posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (*prawo sprzeciwu ma zastosowanie przy przetwarzaniu danych na podstawie przesłanki wskazanej w art. 6 ust. 1 lit.e) lub lit. f),* co skutkuje nie rozpatrywaniem Pani/a wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej;
- 8) posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 9) nie będziemy podejmować decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym dokonywać profilowania na podstawie Pani/Pana danych.

\*zaznaczyć właściwe

.....  
czytelny podpis nauczyciela

Załącznik nr 2 do Regulaminu

**Oświadczenie Nauczyciela**

Oświadczam, iż pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z.....  
niżej wymienionymi członkami rodziny:

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa

Średni miesięczny dochód netto przypadający na jednego członka mojej rodziny\* z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku, ( wliczając dochód nauczyciela) wynosi.....zł\*\*

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis nauczyciela

\* osoby spokrewnione, t.j.: rodzice, współmałżonkowie, dzieci własne, przysposobione, przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, współmałżonka, w wieku do końca roku kalendarzowego, w którym kończą lat 18 albo w przypadku gdy uczą się w szkole lub w szkole wyższej do ukończenia przez nich 25 roku życia i bezterminowo dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością w stopniu znacznym i będące pod opieką nauczyciela ubiegającego się o świadczenie pomocy zdrowotnej.

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



