



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO

---

Łódź, dnia 21 grudnia 2023 r.

Poz. 10713

### UCHWAŁA NR LXVIII/395/23 RADY GMINY SOKOLNIKI

z dnia 30 listopada 2023 r.

**zmieniająca uchwałę w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub otrzymujących nauczycielskie świadczenie kompensacyjne ze szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest gmina Sokolniki, korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 40, poz. 572, poz. 1463 i poz. 1688) oraz art. 72 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 984, poz. 1234, poz. 1586, poz. 1672 i poz. 2005) **uchwala się, co następuje:**

**§ 1.** Załącznik Nr 2 do uchwały Nr XXVI/150/2017 Rady Gminy Sokolniki z dnia 27 kwietnia 2017 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub otrzymujących nauczycielskie świadczenie kompensacyjne ze szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest gmina Sokolniki, korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Łódzkiego poz. 2577), otrzymuje brzmienie zgodnie z załącznikiem do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Sokolniki.

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

Wiceprzewodniczący Rady  
Gminy Sokolniki

**Agnieszka Kadlubek**

Załącznik do uchwały Nr LXVIII/395/23

Rady Gminy Sokolniki

z dnia 30 listopada 2023 r.

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

<b>I. WNIOSKODAWCA</b> (należy wskazać)	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	
Miejsce pracy	
<b>II. STATUS NAUCZYCIELA</b> (należy zaznaczyć znakiem „X”)	
<input type="checkbox"/> nauczyciel czynny zawodowo;	
<input type="checkbox"/> nauczyciel emeryt/ rencista/ otrzymujący świadczenie kompensacyjne;	
<b>III. UZASADNIENIE WNIOSKU</b> (należy opisać charakterystykę choroby, przebieg, koszty leczenia itp.)	
<b>IV. SYTUACJA MATERIALNA</b> (należy wskazać przeciętny miesięczny dochód brutto członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł osiągniętych w okresie trzech miesięcy bezpośrednio poprzedzających miesiąc złożenia wniosku)	
Łączny przeciętny miesięczny dochód brutto w rodzinie	
Liczba osób w rodzinie	
Przeciętny dochód brutto na osobę w rodzinie	
<b>V. RACHUNEK BANKOWY</b> (należy wskazać numer rachunku bankowego, na który zostanie przekazana przyznana pomoc)	
□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□	
<b>VI. ZGODY</b> (należy zapoznać się i podpisać zgody/oświadczenia)	
<b>Zgoda na przetwarzanie zwykłych danych osobowych</b>	
Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie zwykłych danych osobowych przez Urząd Gminy w Sokolnikach, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 1, 98 – 420 Sokolniki, w celu rozpatrzenia i realizacji świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli w zakresie wskazanym we wniosku.	
..... (podpis)	

### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych „szczególnych kategorii”

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych „szczególnych kategorii”\* przez Urząd Gminy w Sokolnikach, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 1, 98 – 420 Sokolniki, w celu rozpatrzenia i realizacji świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli w zakresie wskazanym we wniosku.

.....

(podpis)

\*Dane osobowe szczególnych kategorii to dane ujawniające pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych oraz dane genetyczne, dane biometryczne, przetwarzane w celu jednoznacznego zidentyfikowania osoby fizycznej, jak również dane dotyczące zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej tej osoby, o których mowa w art. 9 RODO - czyli Rozporządzenie 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).

### VII. 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, informuję że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Urząd Gminy w Sokolnikach, reprezentowany przez Wójta Gminy Sokolniki, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 1, 98 – 420 Sokolniki, tel. 627845159, e-mail: ug@sokolniki.pl

2. W Urzędzie Gminy w Sokolnikach wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych – Sławomir Mazur, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu: 727931623 lub pod adresem e-mail: iod@sokolniki.pl

3. 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 XXVI/150/2017 Rady Gminy Sokolniki z 27 kwietnia 2017 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub otrzymujących nauczycielskie świadczenie kompensacyjne ze szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest gmina Sokolniki, korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Łódzkiego z 2017 r., poz. 2577) na podstawie dobrowolnie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a RODO).

4. 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.

5. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

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 danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne w celu skorzystania ze świadczenia wskazanego we wniosku, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia świadczenia.

11. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegać decyzji, która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu w tym profilowaniu.

.....

(data i podpis wnioskodawcy)

### VIII. POŚWIADCZENIE\*

(wypełnia dyrektor szkoły)

Poświadczam, że:

imię i nazwisko wnioskodawcy .....

adres zamieszkania .....

miejsce pracy .....

w okresie od ..... do ..... jest

nauczycielem czynnym zawodowo, zatrudnionym w wymiarze min. 0,5 etatu;

nauczycielem emerytem/ nauczycielem rencistą/ nauczycielem otrzymującym świadczenie kompensacyjne

.....  
(pieczęć szkoły)

.....  
(pieczęć i podpis dyrektora)

\*nie wypełnia się w przypadku wniosków składanych przez dyrektorów szkół.