……………………., dnia …………………………………

 **Do**

 **Burmistrza Miasta i Gminy**

 **Górzno**

 **WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

I.Wypełnia wnioskodawca

………………………………………………………………………………………………….

 Wnioskodawca / imię i nazwisko/

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Adres zamieszkania i nr telefonu1

……………………………………………………………………………………………………………………………………

 Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

Uzasadnienie:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Do podania załączam:**

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia i podjętym leczeniu.
2. Oświadczenie o uzyskanych dochodach z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku na jednego członka rodziny.
3. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia.

…………………………………………………. (data s i podpis wnioskodawcy)[[1]](#footnote-1)

II. Wypełnia Burmistrz Miasta i Gminy Górzno

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości ……………………………………………………….

 (kwota)

 ……………………………………………………

 Data i podpis

**Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych osobowych oraz informacja o ich przetwarzaniu**

Czy zgodnie z art.6 ust.1 lit. a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyraża Pan/Pani zgodę na przetwarzanie dodatkowych danych osobowych tj.:

* Numer telefonu

🞎 TAK

🞎 NIE

 w celu: uzyskania koniecznych dodatkowych informacji w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej.

 *(miejscowość, data) (podpis osoby udzielającej zgody)*

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
(Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

* administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miasto i Gmina Górzno z siedzibą w Górznie, ul. Rynek 1, 87-320 Górzno;
* kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@gorzno.pl;
* Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznania pomocy zdrowotnej

zgodnie z art.6 ust.1 lit. a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz art. 9 ust.2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016;

* odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną tj. 10 lat;
* posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie;
* ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;

podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest obligatoryjne, a dane dodatkowe są dobrowolne, ale niezbędne w celu:

uzyskania koniecznych dodatkowych informacji w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej.

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z informacjami dotyczącymi przetwarzania moich danych osobowych w celu: uzyskania koniecznych dodatkowych informacji w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej.

 *(miejscowość, data) (podpis osoby udzielającej zgody)*

1. i Podanie danych w punkcie 1 nie jest obowiązkowe, jednak niezbędne do skutecznego komunikowania się w celu uzyskania koniecznych dodatkowych informacji w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej. Proszę wypełnić poniższą zgodę na przetwarzanie dodatkowych danych osobowych. [↑](#footnote-ref-1)