

Pszczyna, dnia _____

(imię i nazwisko)

(adres zamieszkania)

(PESEL)

(tel. kontaktowy – dane dobrowolne)

Burmistrz Pszczyny

WNIOSEK

o przyznanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Proszę o przyznanie prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. nie pracuję
2. nie pobieram renty i emerytury
3. nie prowadzę działalności gospodarczej
4. nie jestem rolnikiem ubezpieczonym w KRUS
5. nie jestem zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, przez Gminę Pszczyna z siedzibą w Pszczynie ul. Rynek 2, w celu ustalenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z klauzulą informacyjną na stronie nr 2.

.....
podpis

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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.Urz. L119/1) (dalej Rozporządzenie), informuję iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Pszczyny, ul. Rynek 2, 43-200 Pszczyna
2. Z inspektorem ochrony danych można się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych pod adresem e-mail: iod@pszczyna.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora wskazany powyżej.
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w następującym celu: ustalenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
Podstawa prawna przetwarzania: *art. 6 ust 1 lit. e, art. 9 ust. 2 lit. h, Art.10 RODO*, art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
Dane będą przechowywane przez okres: do 5 lat
4. Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, podmiotom i osobom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom przetwarzającym, którym może zostać zlecone przetwarzanie: Ośrodek Pomocy Społecznej, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Powiatowy Urząd Pracy, operator pocztowy, ponadto w zakresie stanowiącym informację publiczną dane będą ujawniane każdemu zainteresowanemu taką informacją lub publikowane w BIP Gminy .
5. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia (art 17 ust 3) lub ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych -
6. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego ds. ochrony danych osobowych, jeśli uzna Pani/Pan, iż przepisy rozporządzenia zostały naruszone.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie skutkować brakiem możliwości ustalenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i wydaniem decyzji
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22.
10. Pani/Pana nr telefonu oraz adres poczty elektronicznej(jeśli podano), może zostać wykorzystany przez Urząd Miejski w Pszczynie do celów związanych z realizacją zadań wynikających z przepisów prawa]