



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

Bydgoszcz, dnia 08 grudnia 2023 r.

Poz. 7914

UCHWAŁA NR LXIV/560/2023 RADY MIEJSKIEJ W BARCINIE

z dnia 1 grudnia 2023 r.

w sprawie przyjęcia regulaminu określającego rodzaj świadczeń oraz warunki i sposób przyznawania środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, nauczycieli emerytów i rencistów korzystających z opieki zdrowotnej, zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Barcin.

Na podstawie art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2023 r. poz. 984 t.j. ze zm.)¹⁾ oraz art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2023 r. poz. 40 t.j. ze zm.)²⁾

uchwała się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się regulamin określający rodzaj świadczeń oraz warunki i sposób przyznawania środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub otrzymujących nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, szkół i przedszkoli prowadzonych przez Gminę Barcin, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Barcina.

§ 3. Traci moc Uchwała nr XV/107/2011 Rady Miejskiej w Barcinie z dnia 16 grudnia 2011 r.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia jej ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Przewodniczący Rady
Miejskiej

Janusz Wojtkowiak

¹⁾Dz.U. z 2023 r. poz.1234,poz. 1586, poz. 1672, poz. 1730, poz. 2005.

²⁾Dz.U. z 2023 r. poz. 572, poz. 1463, poz. 1688.

Załącznik do uchwały Nr LXIV/560/2023

Rady Miejskiej w Barcinie

z dnia 1 grudnia 2023 r.

REGULAMIN

PRYZNAWANIA POMOCY FINANSOWEJ Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO

§ 1. 1. Z pomocy finansowej w postaci zasiłku zdrowotnego mogą korzystać nauczyciele, o których mowa w art.1 ust.1 pkt1 i ust.2 pkt 3 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2023 r. poz. 984 t.j. z późn.zm.) zatrudnieni co najmniej w połowie obowiązującego wymiaru zajęć oraz nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, zwani dalej „nauczycielami”.

2. Regulamin określa:

- 1) tryb przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli;
- 2) szczegółowy sposób i warunki przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

§ 2. Wysokość środków finansowych tworzących Fundusz Zdrowotny nie podlega zmianom w ciągu roku i jest ustalana w uchwale budżetowej, w wysokości 0,2% rocznego funduszu płac dla nauczycieli.

§ 3. 1. Świadczeniem przysługującym w ramach pomocy zdrowotnej jest zasiłek zdrowotny.

2. Środki Funduszu nie wykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.

§ 4. 1. Świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej przyznawane są nauczycielom w związku z:

- 1) przewlekłą i długotrwałą chorobą nauczyciela;
- 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym skutkującym koniecznością dalszego leczenia w domu lub w sanatorium;
- 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym;
- 4) rehabilitacją związaną z przebyciem chorobą zawodową lub wypadkiem.

2. Pomoc finansowa w postaci zasiłku zdrowotnego udzielania jest nauczycielowi w formie pieniężnej zapomogi nie częściej niż raz w danym roku kalendarzowym. Pomoc zdrowotna może być przyznana powtórnie w danym roku, w przypadku konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego innego niż objęte dotychczasową pomocą, spełniającego kryteria określone w ust. 1.

§ 5. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku, na druku stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie dotyczące choroby nauczyciela; (zaświadczenie od lekarza specjalisty z którego wynika, że choroba wnioskodawcy jest długotrwała, a leczenie przewlekłe. Dokument winien być wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku).
- 2) wypis ze szpitala – w przypadku leczenia szpitalnego;
- 3) oświadczenie o wysokości dochodów na członka rodziny za okres trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

3. Wniosek nie będzie rozpatrywany, gdy jako zaświadczenie lekarskie będzie załączony wypis z leczenia sanatoryjnego lub zaświadczenie wystawione będzie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (z wyjątkiem zaświadczeń do których dołączona jest kserokopia dokumentacji medycznej z której wynika, że wnioskodawca jest pod opieką lekarza specjalisty).

4. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, wnioskodawca zostaje wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

5. Z wnioskiem o przyznanie zasiłku zdrowotnego dla nauczyciela może wystąpić również dyrektor szkoły bądź placówki, rada pedagogiczna, przedstawiciel związków zawodowych, jeżeli stan zdrowia nauczyciela nie pozwala na złożenie wniosku.

6. Wniosek, o którym mowa w ust. 5 wymaga szczegółowego uzasadnienia.

7. Do wniosku, o którym mowa w ust. 5 nie ma zastosowania §5 ust.2.

§ 6. 1. Wysokość stawki pomocy zdrowotnej obowiązującej w danym roku budżetowym (kalendarzowym) określa Burmistrz, po zasięgnięciu opinii związków zawodowych.

2. Wnioski o przyznanie zasiłku zdrowotnego należy składać w sekretariacie Urzędu Miejskiego w Barcinie, a załączniki do wniosku w zamkniętej kopercie w terminach:

- 1) do 31 maja;
- 2) do 31 października.

3. Wnioski będą rozpatrywane nie później niż przed upływem 30 dni od wyżej wskazanych terminów.

§ 7. 1. W celu oceny wniosków, Burmistrz powołuje w drodze zarządzenia Komisję Zdrowotną w składzie:

- 1) przedstawiciel organu prowadzącego;
- 2) przedstawiciel placówek oświatowych;
- 3) przedstawiciel organizacji związkowych zrzeszających nauczycieli.

2. Komisja ocenia wnioski na posiedzeniu zwoływanym nie później niż 21 dni od daty upływu terminu składania wniosków. Wypłata zasiłku następuje w ciągu 14 dni od dnia posiedzenia komisji.

3. Komisja podejmuje decyzje zwykłą większością głosów.

4. Z posiedzenia komisji sporządza się protokół, z którego wynika wysokość przyznanych świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

5. Jeżeli z wnioskiem o pomoc zdrowotną występuje członek komisji nie może on brać udziału w wydawaniu opinii dotyczącej tego wniosku.

6. Członkowie komisji zobligowani są do zachowania tajemnicy obrad i złożenia pisemnego oświadczenia o poufności informacji, stanowiącego załącznik nr 2 do regulaminu.

*Załącznik nr 1 do Regulaminu
przyznawania pomocy finansowej
z Funduszu Zdrowotnego*

WNIOSEK

**O PRYZNANIE ZASILKU PIENIĘŻNEGO NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI ORAZ
NAUCZYCIELI EMERYTÓW I RENCISTÓW KORZYSTAJĄCYCH Z OPIEKI ZDROWOTNEJ**

WYPELNI PRACOWNIK URZĘDU MIEJSKIEGO		
Nr wniosku	Data złożenia wniosku	Podpis przyjmującego wniosek

WYPELNI WNIOSKODAWCA
1. Imię i nazwisko _____
2. Adres zamieszkania _____
3. Szkoła/przedszkole, w której nauczyciel jest/był zatrudniony _____
4. Staż pracy pedagogicznej _____
5. Oświadczenie dyrektora szkoły/przedszkola potwierdzające, że nauczyciel jest/był pracownikiem szkoły/przedszkola prowadzonej przez Gminę Barcin _____ _____
/miejsowość, data/ _____ /podpis osoby potwierdzającej/ _____

Ostatni raz korzystałam/korzystałem z zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną w _____ roku.
--

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI OSIĄGNIĘTEGO DOCHODU				
1. W skład rodziny wchodzi:				
Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Rodzaj szkoły/ zakład pracy	Dochód brutto (średnia z 3 ostatnich miesięcy)
2. Średni dochód (brutto) na jedną osobę w rodzinie miesięcznie wynosi _____				

Uzasadnienie wnioskodawcy powodu złożenia wniosku:

Forma wypłaty zasiłku zdrowotnego: gotówka/przelew*
Nr konta _____

Prawidłowość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.	
_____	_____
/miejsowość, data/	/podpis wnioskodawcy/

Załączniki:
1. _____
2. _____

Decyzja Burmistrza
Przyznaję/nie przyznaję* zasiłek pieniężny na pomoc zdrowotną w kwocie _____

/pieczęć i podpis/

* niepotrzebne skreślić

INFORMACJA ADMINISTRATORA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 unijnego ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, jak będą wykorzystywane Pani/Pana dane osobowe, jest Burmistrz Barcina z siedzibą przy ul. Artylerzystów 9, 88-190 Barcin. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane dla potrzeb przyznania zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz nauczycieli emerytów i rencistów korzystających z opieki zdrowotnej.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w powyższym celu.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)

Informujemy, że:

1. Ma Pani/Pan prawo w dowolnym momencie wycofać niniejszą zgodę, przy czym jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tejże zgody przed jej wycofaniem.
2. Ma Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przeniesienia danych.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres co najmniej 5 lat/10 lat, po czym ulegną zniszczeniu.
4. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny.
6. Konsekwencją niepodania danych jest brak możliwości przyznania pomocy zdrowotnej w formie zasiłku pieniężnego.
7. Administrator nie przewiduje profilowania na podstawie Pani/Pana danych osobowych.
8. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a) / art. 9 ust. 2 lit. a) 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. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), tzn. dane będą przetwarzane na podstawie Pani/Pana zgody.
9. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem: Urząd Miejski, ul. Artylerzystów 9, 88-190 Barcin, tel. 52 3834100, e-mail: iod@barcin.pl.

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią powyższej informacji i jest ona dla mnie zrozumiała.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)

*Załącznik nr 2 do Regulaminu
przyznawania pomocy finansowej
z Funduszu Zdrowotnego*

.....
Imię i nazwisko

.....
Reprezentowany organ/placówka oświatowa

OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI

Oświadczam, że zachowam poufność informacji i danych, które uzyskałem przy realizacji zadań związanych z przyznawaniem pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz, że znane mi są przepisy o odpowiedzialności karnej za udostępnienie danych osobowych lub umożliwienie do nich dostępu osobom nieuprawnionym.

.....
Podpis członka komisji