



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO

Kraków, dnia 9 kwietnia 2024 r.

Poz. 2852

UCHWAŁA NR LX.593.2024 RADY MIEJSKIEJ W MAKOWIE PODHALAŃSKIM

z dnia 27 marca 2024 roku

w sprawie : uchwalenia regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 i art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 40 z późn. zm.) oraz art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r.- Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 984 z późn. zm.), po uzgodnieniu ze związkami zawodowymi zrzeszającymi nauczycieli

Rada Miejska w Makowie Podhalańskim uchwala, co następuje:

§ 1. Zabezpieczyć w budżecie Gminy Maków Podhalański na każdy rok środki finansowe z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli w wysokości równej 0,3 % planowanych wynagrodzeń nauczycieli.

§ 2. W ramach pomocy zdrowotnej finansowane będą następujące rodzaje świadczeń:

- 1) dofinansowanie wydatków poniesionych na zakup leków, środków higienicznych, specjalnej diety żywieniowej,
- 2) dofinansowanie wydatków związanych z opłatami za leczenie,
- 3) dofinansowanie kosztów rehabilitacji zdrowotnej,
- 4) dofinansowanie wydatków ponoszonych na zakup urządzeń niezbędnych do przeprowadzenia zleconego przez lekarza leczenia lub rehabilitacji,
- 5) dofinansowanie zakupu okularów, protez,
- 6) dofinansowanie kosztów badań specjalistycznych.

§ 3. Pomoc zdrowotną przyznaje się w formie pieniężnej, obejmującej całkowitą lub częściową refundację kosztów, o których mowa w § 2.

§ 4. Regulamin stosuje się do nauczycieli o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r.- Karta Nauczyciela, zatrudnionych w co najmniej połowie obowiązującego wymiaru zajęć dydaktyczno-wychowawczych oraz nauczycieli emerytów i rencistów.

§ 5. Pomoc zdrowotna, o której mowa w § 2 może być przyznana nauczycielowi, po spełnieniu następujących warunków:

- 1) zostanie złożony wniosek o udzielenie pomocy zdrowotnej,
- 2) udokumentowane zostaną poniesione przez nauczyciela wydatki,

3) przedstawione zostanie zaświadczenie lekarskie potwierdzające fakt leczenia/ stanu zdrowia.

§ 6. 1. Z wnioskiem o przyznanie zapomogi zdrowotnej mogą występować:

1) zainteresowany nauczyciel lub ustawowy pełnomocnik/ opiekun jeżeli stan zdrowia nauczyciela nie pozwala na podejmowanie czynności w tym zakresie,

2) dyrektor szkoły lub rada pedagogiczna

2. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela lub ustawowego pełnomocnika nauczyciela wniosku, wskazującego rodzaj świadczenia, o który się ubiega

3. Do wniosku należy dołączyć:

1) Zaświadczenie lekarskie lub inny dokument potwierdzający fakt leczenia, stanu zdrowia w związku, z którym to faktem nauczyciel ubiega się o dany rodzaj świadczenia,

2) Imienne rachunki lub faktury, a także paragony potwierdzające poniesione wydatki na pomoc zdrowotną, o którą ubiega się nauczyciel, obejmujące okres nie dłuższy niż 12 miesięcy poprzedzających składanie wniosku,

3) Pełnomocnictwo, gdy wniosek składa w imieniu nauczyciela pełnomocnik.

§ 7. 1. Nauczyciel składa wniosek do Gminnego Zarządu Placówek Oświatowych w Makowie Podhalańskim lub do dyrektora szkoły w której jest lub był zatrudniony.

2. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej należy składać w terminach: do 15 czerwca oraz do 15 listopada danego roku.

3. Wnioski nauczycieli o przyznanie pomocy zdrowotnej komisja opiniuje dwa razy w ciągu roku kalendarzowego.

4. W uzasadnionych przypadkach posiedzenia komisji mogą odbywać się częściej.

§ 8. 1. Jeżeli złożony przez nauczyciela/ dyrektora wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w § 6 ust. 3, nauczyciel/ dyrektor zostaje wezwany do jego uzupełnienia w terminie 7 dni od otrzymania wezwania.

2. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o którym mowa w § 8 ust. 1 wniosek pozostawiony będzie bez rozpatrzenia.

§ 9. Do opiniowania wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli Burmistrz Makowa Podhalańskiego powołuje komisję, w skład której wchodzi:

1) jeden przedstawiciel organu prowadzącego jako przewodniczący

2) po jednym przedstawicielu organizacji związkowych działających w szkołach

3) trzech dyrektorów delegowanych przez wszystkich dyrektorów zespołów szkół i szkół podstawowych

§ 10. 1. Proponowaną wysokość pomocy zdrowotnej określa komisja, biorąc pod uwagę okoliczności wymienione w § 10 ust. 2 i przedstawia Burmistrzowi celem podjęcia stosownej decyzji

2. Okoliczności brane pod uwagę przy określaniu wysokości pomocy:

1) sytuacja życiowa w jakiej znajduje się nauczyciel, a w szczególności:

a) wysokość poniesionych kosztów leczenia, rehabilitacji,

b) wpływ choroby, czy niesprawności na bieżące funkcjonowanie nauczyciela,

c) konieczność stosowania specjalnej diety żywieniowej,

d) konieczność stosowania zwiększonej ilości środków higienicznych

2) wysokość środków w budżecie Gminy Maków Podhalański przeznaczonych na pomoc zdrowotną nauczycieli

3. Rozstrzygnięcie, o którym mowa w ust. 1 zawiera uzasadnienie.

§ 11. Pomoc zdrowotna przekazywana jest w formie przelewu na wskazany we wniosku rachunek bankowy nauczyciela.

§ 12. Obsługę komisji prowadzi Gminny Zarząd Placówek Oświatowych.

§ 13. Wzór wniosku o zapomogę pieniężną określa załącznik do uchwały.

§ 14. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Makowa Podhalańskiego.

§ 15. Traci moc uchwała Nr XIII/120/07 Rady Miejskiej w Makowie Podhalańskim z dnia 28 grudnia 2007 roku w sprawie uchwalenia regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

§ 16. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Małopolskiego.

Przewodniczący Rady Miejskiej

Edward Orawiec

Załącznik do uchwały Nr LX.593.2024
Rady Miejskiej w Makowie Podhalańskim
z dnia 27 marca 2024 r.

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko

2. Adres do korespondencji

3. Nr telefonu

4. Nazwa szkoły/placówki, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony (w przypadku nauczyciela emeryta, rencisty, pobierającego świadczenia kompensacyjne wskazanie placówki, w której wnioskodawca jest objęty opieką socjalną)

.....

5. *Zakreślić właściwe:*

- | | |
|---|--------------------------|
| 1) nauczyciel czynny zawodowo | <input type="checkbox"/> |
| 2) nauczyciel emeryt/rencista | <input type="checkbox"/> |
| 3) nauczyciel pobierający świadczenie kompensacyjne | <input type="checkbox"/> |

6. Rodzaj świadczenia, o które ubiega się nauczyciel (*zakreślić właściwe*):

- | | |
|--|--------------------------|
| 1) dofinansowanie wydatków poniesionych na zakup lekarstw, środków higienicznych, specjalnej diety żywieniowej, | <input type="checkbox"/> |
| 2) dofinansowanie wydatków związanych z opłatami za leczenie, | <input type="checkbox"/> |
| 3) dofinansowanie kosztów rehabilitacji zdrowotnej, | <input type="checkbox"/> |
| 4) dofinansowanie wydatków ponoszonych na zakup urządzeń niezbędnych do przeprowadzenia zalecanego przez lekarza leczenia lub rehabilitacji, | <input type="checkbox"/> |
| 5) dofinansowanie zakupu okularów, protez, | <input type="checkbox"/> |
| 6) dofinansowanie kosztów badań specjalistycznych. | <input type="checkbox"/> |

7. Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Przyznaną pomoc zdrowotną proszę przekazać na konto:

.....

(nr konta bankowego)

W załączeniu do wniosku przedkładam (zakreślić właściwe):

- 1) Zaświadczenie lekarskie lub inny dokument potwierdzający fakt leczenia w związku, z którym to faktem nauczyciel ubiega się o dany rodzaj świadczenia.
- 2) Imienne rachunki lub faktury potwierdzające poniesione wydatki na pomoc zdrowotną, o która ubiega się nauczyciel, obejmujące okres nie dłuższy niż 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, na łączną kwotę:
- 3) Pełnomocnictwo, gdy wniosek składa w imieniu nauczyciela jego pełnomocnik.

OŚWIADCZENIE**o sytuacji rodzinnej i materialnej****Dane dotyczące gospodarstwa domowego:**

Oświadczam , że rodzina moja składa się z niżej wymienionych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Lp	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Miejsce pracy-nauki	Miesięczne dochody brutto
	Łączny miesięczny dochód rodziny - suma				
	Miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na 1 osobę				

- Dochód powinien być wykazany ze wszystkich źródeł z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy

.....

(data i podpis wnioskodawcy)

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Zgodnie z art. 13 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 (Dz. Urz. UE. L 119.1 z 04.05.2016), zwanym w dalszej części RODO, informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

- 1) Administratorem Danych Administratorem osobowych jest Gminny Zarząd Placówek Oświatowych, z siedzibą 34-220 Maków Podhalański, ul. Szpitalna 3, reprezentowany przez Dyrektora Andrzeja Sobczuka tel.33 874 97 37
- 2) Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się pod adresem poczty elektronicznej iod@makow-podhalanski.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora.
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu ustalenia przysługującego prawa do pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, na podstawie art. 6 ust. 1 lit.c oraz art. 9 ust. 2 lit.b RODO, art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela, uchwały nr Rady Miejskiej w Makowie Podhalańskim z dnia 27 marca 2024 r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych nauczycielom w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania,
- 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną przez okres 5 lat od zakończenia realizacji zadania,
- 5) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany lub w formie profilowania.,
- 6) Zgodnie z RODO w trybie art. 15 jest Pani/Pan uprawniona do:
 - a) dostępu do swoich danych,
 - b) sprostowania swoich danych osobowych,
 - c) wniesienia sprzeciwu oraz ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych,
- 7) W zgodności z art. 77 ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- 8) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem koniecznym, aby możliwe było rozpatrzenie wniosku. Dane kontaktowe, są podawane dobrowolnie, brak ich podania skutkować może ograniczeniem form komunikacji.

.....
(data, czytelny podpis wnioskodawcy)

W trosce o Pani/Pana dane osobowe, prosimy by wniosek wraz z załącznikami został złożony w zamkniętej kopercie z dopiskiem na kopercie „Wniosek o pomoc zdrowotną dla nauczyciela.

Opinia Dyrektora (dotyczy nauczyciela czynnego zawodowo)

.....
.....
.....

.....

(data i podpis)

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

.....
.....
.....

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej

1.
2.
3.
4.
5.

Decyzja Burmistrza :

Przyznaję pomoc zdrowotna w wysokości:

.....

data i podpis

OŚWIADCZENIE

Oświadczam , że znane mi są przepisy ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019r poz. 1781 z późn. zm) i zobowiązuję się do przestrzegania postanowień oraz zachowania w tajemnicy wszystkich danych do których miałem/am dostęp w związku z pracami w komisji zdrowotnej

Członkowie Komisji Zdrowotnej**(imię i nazwisko)****(podpis)**

- | | |
|---------|-------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |

Przewodniczący Rady Miejskiej

Edward Orawiec