



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO

Lublin, dnia 30 lipca 2024 r.

Poz. 3948

UCHWAŁA NR III/21/2024 RADY GMINY WISZNICE

z dnia 23 lipca 2024 r.

w sprawie określenia rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół podstawowych dla których organem prowadzącym jest Gmina Wisznice

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2024 r. poz. 609, ze zm.) oraz art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2024 r. poz. 986, ze zm.) Rada Gminy Wisznice uchwala, co następuje:

§ 1. Określa się rodzaj świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania w formie Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach podstawowych, dla których Gmina Wisznice jest organem prowadzącym, stanowiącego załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Wisznice.

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

Przewodniczący Rady Gminy
Wisznice

Andrzej Semeniuk

Załącznik do uchwały Nr III/21/2024
Rady Gminy Wisznice
z dnia 23 lipca 2024 r.

REGULAMIN FUNDUSZU ZDROWOTNEGO DLA NAUCZYCIELI

§ 1.

Niniejszy Regulamin określa:

- 1) rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej
- 2) warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej w tym osoby uprawnione do korzystania z tej pomocy
- 3) sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 2.

Ze świadczeń Funduszu Zdrowotnego mogą korzystać:

- 1) nauczyciele zatrudnieni w szkołach podstawowych w wymiarze co najmniej ½ etatu, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wisznice;
- 2) nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne, którzy przeszli na wymienione świadczenia ze szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Wisznice;

§ 3.

1. Fundusz Zdrowotny Nauczycieli tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy Wisznice. Wysokość odpisu na Fundusz Zdrowotny nauczycieli wynosi 0,3% planowanych rocznych środków na wynagrodzenia osobowe nauczycieli.
2. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie bezzwrotnej zapomogi pieniężnej.

§ 4.

1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z:
 - 1) przewlekłą lub ciężką chorobą;
 - 2) nagłym zdarzeniem losowym (nagła ciężka choroba, wypadek);
 - 3) leczeniem szpitalnym połączonym z koniecznością dalszego leczenia w domu;
 - 4) leczeniem specjalistycznym, specjalistycznymi badaniami, konsultacjami;
 - 5) usługami okulistycznymi lub zakupem szkieł korekcyjnych;
 - 6) usługami z zakresu protetyki stomatologicznej;
 - 7) zakupem wyrobów medycznych, urządzeń rehabilitacyjnych lub środków pomocniczych.
2. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:
 - 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela;
 - 2) wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia;
 - 3) sytuacji materialnej rodziny nauczyciela, po odliczeniu udokumentowanych poniesionych kosztów leczenia;
 - 4) możliwości finansowych funduszu zdrowotnego, określonego liczbą pozytywnie rozpatrzonych wniosków i wysokości kosztów ponoszonych na leczenie przez nauczycieli.

3. W przypadku braku środków na pełne pokrycie potrzeb zapomogi pieniężne będą przyznawane częściowo lub nie będą przyznawane.

§ 5.

1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku, którego wzór stanowi załącznik Nr 1 do niniejszego regulaminu.
2. Do wniosku należy dołączyć:
 - 1) zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę potwierdzające leczenie nauczyciela związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, długotrwałe leczenie szpitalne lub poszpitalne, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenie wniosku lub dokumenty imienne (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione koszty leczenia za okres do 12 miesięcy przed złożeniem wniosku;
3. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej należy składać w terminie do 30 kwietnia oraz 30 września danego roku.
4. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej należy składać do Wójta Gminy Wisznice za pośrednictwem dyrektora szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony przed przejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, który potwierdza zatrudnienie.
5. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej podlegają analizie formalnej i merytorycznej, przeprowadzonej przez wyznaczonego pracownika Urzędu Gminy Wisznice, a następnie są przedstawiane Wójtowi Gminy Wisznice do rozpatrzenia.
6. Wypłata przyznanej pomocy zdrowotnej dla nauczyciela dokonywana jest na konto bankowe wskazane we wniosku przez wnioskodawcę.
7. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w ust. 2 nauczyciel zostaje wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.
8. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o którym mowa w ust. 7 wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia o czym nauczyciel zostanie poinformowany.
9. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.

Załącznik Nr 1 do Regulaminu
Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Dane wnioskodawcy:

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(miejsce pracy nauczyciela w dniu złożenia wniosku,
a w przypadku nauczyciela - emeryta, rencisty
lub pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne
- miejsce, w którym nauczyciel był ostatnio zatrudniony)

.....
(nr telefonu)

WÓJT GMINY WISZNIE

Część A (wypełnia wnioskodawca)

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli

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

(uzasadnienie wniosku)

Proszę o przekazanie przyznanego świadczenia na wskazany nr konta bankowego:

.....
(nazwa banku i nr konta bankowego)

Załączniki:

Do wniosku załączam:

- 1) zaświadczenie lekarskie z dnia r. (wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku);
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty, określone w uchwale:
 - a)
 - b)
 - c)
- 3) inne

Oświadczenia :

- 1) Oświadczam, że suma wszystkich dochodów (brutto) w rodzinie za ostatni miesiąc poprzedzający złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej wynosi zł.
(słownie:zł).
W skład mojej rodziny wchodzi/i osoba/y osób*, zatem przeciętny miesięczny dochód na 1 osobę w rodzinie wynosi:zł
(słownie:zł);
- 2) Oświadczam, iż z tej formy pomocy ostatnio korzystałam/em* w roku

.....
(podpis wnioskodawcy)

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Na podstawie art.13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) – dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Urząd Gminy Wisznice reprezentowany przez Wójta Gminy Wisznice(adres: ul. Rynek 35, 21-580 Wisznice, e-mail: gmina@wisznice.pl ; tel.: 83 378 21 27.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail inspektor@cbi24.pl lub pisemnie pod adresem Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji uprawnień do uzyskania pomocy w ramach środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli realizowanej przez administratora.
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane do czasu cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- 5) Podstawą prawną przetwarzania danych **jest** art, 6 ust. 1 lit. a ww. Rozporządzenia.
- 6) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 7) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 8) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - e) prawo do usunięcia danych;
 - f) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2. 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 9) Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne. Nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem realizacji celu o którym mowa w pkt 3.
- 10) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Część B (wypełnia Dyrektor szkoły/placówki oświatowej)

Informacja dyrektora szkoły/przedszkola:

Potwierdzam, iż wnioskodawcajest/był*
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

nauczycielem zatrudnionym w
(nazwa jednostki)

.....
(podpis dyrektora)

Część C (wypełnia Urząd Gminy Wisznice)

DECYZJA WÓJTA GMINY WISZNICE

W związku z wnioskiem z dnia r. przyznaję/nie przyznaję*
Pani/Panu* pomoc
zdrowotną w kwocie zł
(słownie:).

Wisznice, dniar.

.....
(podpis Burmistrza)

*) niepotrzebne skreślić.