



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Szczecin, dnia 3 czerwca 2024 r.

Poz. 2847

UCHWAŁA NR II/8/24 RADY MIEJSKIEJ W CZAPLINKU

z dnia 23 maja 2024 r.

w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania

Na podstawie art. 72 ust. 1 i art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2023 r. poz. 984, z późn. zm.) Rada Miejska w Czaplunku uchwała, co następuje:

§ 1. Uchwała określa:

- 1) rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej,
- 2) warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej,
- 3) sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

§ 2. Ilekroć w uchwale jest mowa bez bliższego określenia o:

- 1) szkole - należy przez to rozumieć przedszkole i szkoły podstawowe, dla których organem prowadzącym jest Gmina Czaplunek,
- 2) nauczycielu - należy przez to rozumieć nauczyciela zatrudnionego w szkole oraz nauczyciela po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, zatrudnionego dotychczas w szkole, o której mowa w pkt 1.

§ 3. 1. Świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej przyznawane są w formie jednorazowej bezzwrotnej zapomogi pieniężnej i przeznaczone na finansowanie lub dofinansowanie kosztów korzystania przez nauczyciela ze świadczeń opieki zdrowotnej w kraju, w szczególności związanych z:

- 1) ciężką lub przewlekłą chorobą,
- 2) długotrwałym leczeniem choroby zawodowej,
- 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym i rehabilitacją leczniczą,
- 4) długotrwałym leczeniem szpitalnym lub poszpitalnym,
- 5) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, aparatury medycznej lub wyrobów medycznych niezbędnych do wykonywania zawodu lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie,
- 6) orzeczoną chorobą zawodową, chorobą ciężką, przewlekłą, wymagającą stałych konsultacji lekarskich, stałego przyjmowania leków itp.,
- 7) nagłym zdarzeniem losowym, w tym wypadkiem, wskutek którego wymagane jest leczenie specjalistyczne, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub aparatury medycznej,

2. Świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej są przeznaczone w szczególności na dofinansowanie kosztów:

- 1) zakupu leków ściśle związanych z chorobami nauczyciela (z wyłączeniem suplementów diety, ziół, paramedykamentów),
- 2) zakupu okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok, zgodnych z zaleceniem lekarza, jeżeli wynik badania okulistycznego wykaże potrzebę ich używania,
- 3) leczenia specjalistycznego, rehabilitacji,
- 4) zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego,
- 5) usług protetyki dentystrycznej ze względów zdrowotnych i zawodowych.

§ 4. 1. Wysokość przyznanej zapomogi pieniężnej uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela, w tym potrzebę zapewnienia dodatkowej opieki choremu, zakup specjalistycznego sprzętu, leków itp.,
- 2) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela wydatków związanych z leczeniem,
- 3) wysokości dochodu przypadającego na jednego członka rodziny nauczyciela,
- 4) czasu trwania leczenia.

2. Wysokość zapomogi pieniężnej przeznaczonej na dofinansowanie kosztów zakupu:

- 1) okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 2, nie może przekroczyć 1 500,00 zł,
- 2) usług protetyki dentystrycznej, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 5, nie może przekroczyć 1 000,00 zł.

§ 5. 1. Świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej mogą być przyznane nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej, zatrudnionym w szkole w wymiarze nie niższym niż połowa obowiązującego wymiaru zajęć oraz nauczycielom tych szkół po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, bez względu na datę przejścia na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

2. Warunek dotyczący zatrudnienia w wymiarze nie niższym niż połowa obowiązującego wymiaru zajęć uważa się za spełniony, jeżeli nauczyciel jest zatrudniony w kilku szkołach, w każdej w wymiarze mniejszym, niż połowa obowiązkowego wymiaru zajęć, lecz łącznie jednak wymiar jego zajęć stanowi co najmniej połowę obowiązkowego wymiaru zajęć dla danego stanowiska.

3. Nauczyciel zatrudniony w kilku szkołach jest uprawniony do otrzymania pomocy zdrowotnej w szkole, w której jest zatrudniony w najwyższym wymiarze zajęć, a gdy w kilku szkołach zatrudniony jest w tym samym wymiarze zajęć - w szkole wskazanej przez nauczyciela.

§ 6. 1. Warunkiem przyznania zapomogi pieniężnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku

o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej do Burmistrza Czaplinka, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały, zwanego dalej "wnioskiem".

2. Wniosek w imieniu nauczyciela może złożyć również członek rodziny lub opiekun nauczyciela, jeżeli nauczyciel nie jest zdolny osobiście do podejmowania czynności w tym zakresie.

3. Do wniosku należy załączyć:

- 1) zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie szpitalne lub poszpitalne, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, aparatury medycznej lub wyrobów medycznych, konieczność zapewnienia choremu opieki, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku,
- 2) imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesienie wydatku wymienionego we wniosku, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed datą złożenia wniosku,

3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela zawierające informację o przeciętnych miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszej uchwały,

4) pełnomocnictwo do złożenia wniosku udzielone przez nauczyciela, jeżeli wniosek składa osoba, o której mowa w ust. 2 powyżej.

4. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w ust. 3 powyżej, Burmistrz wzywa do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania.

5. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o którym mowa w ust. 4, wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia, o czym wnioskodawca jest informowany pisemnie.

§ 7. 1. Dyrektor szkoły potwierdza na wniosku spełnianie przez nauczyciela warunku, o którym mowa w §5.

2. W przypadku zatrudnienia nauczyciela w kilku szkołach, potwierdzenie na wniosku dokonuje dyrektor szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony w najwyższym wymiarze zajęć, lub wskazanej przez nauczyciela.

3. Spełnienie warunku o którym mowa w § 5 przez nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli otrzymujących nauczycielskie świadczenia kompensacyjne na wniosku potwierdza dyrektor szkoły, w której byli zatrudnieni przez przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

4. W przypadku likwidacji szkoły będącej ostatnim miejscem zatrudnienia nauczyciela, spełnianie warunku o którym mowa w §5 na wniosku potwierdza dyrektor szkoły, w której jest naliczany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych dla tego nauczyciela (nauczyciela emeryta, rencisty lub pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne).

§ 8. 1. Wniosek wraz z załącznikami, o których mowa w § 6 ust. 3, zawierający potwierdzenie przez dyrektora szkoły spełnienie warunku o którym mowa w § 5, składa się do Burmistrza w zamkniętej kopercie z dopiskiem: "Pomoc zdrowotna dla nauczycieli" osobiście lub za pośrednictwem poczty w terminach do 31 maja i 31 października danego roku.

2. Wnioski rozpatrywane są w trybie ciągłym przez cały dany rok kalendarzowy.

§ 9. Wnioski ewidencjonowane są w rejestrze, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do niniejszej uchwały.

§ 10. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do otrzymania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

§ 11. 1. Świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej może być przyznane nauczycielowi raz w roku kalendarzowym, a na zakup:

1) okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 2, raz na 2 lata kalendarzowe, chyba że badanie i zalecenie, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 2, wykażą konieczność wcześniejszej zmiany szkieł z powodu pogorszenia się wzroku;

2) usług protetyki dentystycznej, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 5, raz na 2 lata kalendarzowe.

2. Świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej może być przyznane ponownie w danym roku kalendarzowym w przypadku konieczności korzystania ze świadczenia opieki zdrowotnej innego, niż objęte dotychczasową pomocą, spełniającego warunki określone w § 3.

3. Maksymalna wysokość przyznanych nauczycielowi świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej w danym roku kalendarzowym nie może przekroczyć połowy kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę, obowiązującego w dniu przyznania świadczenia.

§ 12. 1. Środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje Burmistrz.

2. Burmistrz przyznaje świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej oraz odmawia ich przyznania.

3. Burmistrz przesyła wnioskodawcy informację na piśmie o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

4. Od rozstrzygnięcia Burmistrza w sprawie świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej nie przysługuje środek odwoławczy.

§ 13. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na rachunek bankowy wskazany przez wnioskodawcę we wniosku.

§ 14. Traci moc uchwała Nr XVI/135/07 Rady Miejskiej w Czaplunku z dnia 7 grudnia 2007 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkola prowadzonych przez Gminę Czaplinek oraz warunków i sposobu jej przyznawania (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego Nr 13, poz. 1464).

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

Przewodniczący Rady

Marcin Czerniawski

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr II/8/24
Rady Miejskiej w Czaplinku
z dnia 23 maja 2024 r.

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ**

I. Dane nauczyciela ubiegającego się o świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej:

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zamieszkania: kod:..... miejscowość:
3. Telefon kontaktowy:
4. Miejsce pracy (w przypadku nauczyciela emeryta, rencisty lub pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne należy podać ostatnie miejsce pracy przed przejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne):.....
5. Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku: czynny zawodowo/rencista/emeryt/nauczycielskie świadczenie kompensacyjne (niepotrzebne skreślić).
6. Uzasadnienie wniosku o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej:
.....
.....
.....
7. Numer rachunku bankowego:.....
8. Załączniki (właściwe zaznaczyć "x"):
 - zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie szpitalne lub poszpitalne, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub aparatury medycznej, konieczność zapewnienia opieki choremu, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku
 - imienne faktury potwierdzające poniesienie wydatku wymienionego we wniosku, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed datą złożenia wniosku ... szt.,
 - oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela zawierające informację o przeciętnych miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

.....
Podpis nauczyciela/osoby upoważnionej

II. Dane osoby, która w imieniu nauczyciela składa wniosek o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej:

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania:..... kod:..... miejscowość.....
3. Telefon kontaktowy.....;

Do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo do złożenia wniosku w imieniu nauczyciela lub nauczyciela emeryta/rencisty/pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

III. Potwierdzenie dyrektora szkoły, że nauczyciel jest osobą uprawnioną do korzystania ze świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

Potwierdzam, że pan/pani.....

(Imię i nazwisko nauczyciela)

1) **jest nauczycielem zatrudnionym w**.....

(Nazwa szkoły/przedszkola)

w wymiarze..... godzin zajęć,

2) **jest nauczycielem, który przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne i jego ostatnim zakładem pracy była/o**.....

(Nazwa szkoły/przedszkola)

.....

(Pieczętka i podpis dyrektora szkoły/przedszkola)

IV.

Decyzja Burmistrza Czaplinka z dnia.....

Na podstawie uchwały Nr/2024 Rady Miejskiej w Czaplinku z dnia..... 2024 r. w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego poz.....) oraz na podstawie załączonych dokumentów:

1) przyznaję panu/pani..... świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w formie jednorazowej zapomogi pieniężnej w wysokości:..... (słownie:.....) z przeznaczeniem na:.....

.....,

2) odmawiam przyznania panu/pani świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej w formie jednorazowej zapomogi pieniężnej z powodu:

.....

.....

Podpis Burmistrza lub osoby upoważnionej

V. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych.

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Burmistrz Czaplinka, ul. Rynek 6, 78-550 Czaplinek, tel. 94 372 62 00.

2. Inspektor ochrony danych. Nad prawidłowym przetwarzaniem danych czuwa inspektor ochrony danych – Krzysztof Czubak z którym mogą się Państwo kontaktować poprzez korespondencję przesłaną elektronicznie na adres e-mail: iod@czaplinek.pl lub pisemnie na adres wskazany wyżej.

3. Cele i podstawy przetwarzania

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 – dalej RODO), informujemy, że jako Administrator będziemy przetwarzać Pana/Pani dane osobowe w celu przyznania środków finansowych na pomoc zdrowotną, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO tj. gdy przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela.

4. Okres przetwarzania danych – przekazane dokumenty przechowywane będą przez okres 5 lat, zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

5. Odbiorcy danych – dane osobowe mogą być udostępniane dostawcom usług, których usługi wiążą się z prawem dostępu do danych m.in. firmom utrzymującym i serwisującym serwery informatyczne, kancelarii prawnej oraz placówce oświatowej w celu weryfikacji wniosku. Administrator nie przekazuje danych osobowych przetwarzanych w swoich zbiorach do państw trzecich, ani żadnych organizacji międzynarodowych.

6. Zgodnie z RODO, przysługuje Pani/Panu:

prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych; prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii, prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych, prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych, jeśli nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania, w tym przetwarzania po wycofaniu udzielonej zgody, prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Urząd Ochrony Danych Osobowych, 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.

7. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych.

Podanie danych nie jest obowiązkowe, jednak niepodanie danych skutkuje niemożnością realizowania zadania wynikającego z ustawy. Podanie danych udostępnionych na podstawie zgody jest dobrowolne, a brak zgody spowoduje niemożność zrealizowania zamierzonego celu, lecz nie wpłynie na realizację głównych zadań. W przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody mają Państwo prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

8. Profilowanie i zautomatyzowane podejmowanie decyzji.

W procesie przetwarzania danych osobowych Administrator danych osobowych nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany, z uwzględnieniem profilowania, w oparciu o dane przekazane do przetwarzania.

(data i podpis wnioskodawcy)

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr II/8/24
Rady Miejskiej w Czaplinku
z dnia 23 maja 2024 r.

**OŚWIADCZENIE O SYTUACJI MATERIALNEJ RODZINY NAUCZYCIELA
WNIOSKODAWCA**

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy:.....

Liczba osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) -.....

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto^{*)} w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosizł.

Ostatni raz ze świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej korzystałam (em) w roku..... Była to pomoc przeznaczona na.....

.....

.....

(Podpis nauczyciela)

^{*)} Pouczenie:

Wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się m.in.: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, emerytury, renty, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej: umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

Załącznik Nr 3 do uchwały Nr II/8/24
Rady Miejskiej w Czaplinku
z dnia 23 maja 2024 r.

**REJESTR WNIOSKÓW O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ
DLA NAUCZYCIELI**

L.p.	Imię i nazwisko nauczyciela	Miejsce zatrudnienia ^{*)}	Data przyznania pomocy zdrowotnej	Kwota przyznanej pomocy zdrowotnej	Przeznaczenie pomocy zdrowotnej	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7

^{*)} Dla nauczyciela emeryta/rencisty/pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne należy wpisać nazwę właściwego świadczenia.

Uwaga: W przypadku odmowy przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej:

- w kolumnie 4 należy wpisać datę odmowy przyznania pomocy zdrowotnej,
- w kolumnach 5 i 6 należy wpisać " - ",
- w kolumnie 7 należy wpisać powód odmowy przyznania pomocy zdrowotnej.