



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Szczecin, dnia 9 lutego 2024 r.

Poz. 948

UCHWAŁA NR LXVI/525/2024 RADY MIEJSKIEJ BIAŁOGARDU

z dnia 31 stycznia 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. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40, 572, 1463 i 1688) oraz 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, 1234, 1586, 1672 i 2005) Rada Miejska Białogardu stanowi, co następuje:

Rozdział 1. Postanowienia ogólne

§ 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 szkołę podstawową, dla których organem prowadzącym jest Miasto Białogard;
- 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.

Rozdział 2. Rodzaje świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 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;
- 8) koniecznością zapewnienia dodatkowej opieki nauczycielowi.

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) opieki nad chorym w domu;
- 4) leczenia specjalistycznego, rehabilitacji;
- 5) dojazdów, zakwaterowania i wyżywienia - w przypadku leczenia onkologicznego;
- 6) zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego;
- 7) usług protetyki dentystycznej 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 dentystycznej, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 7, nie może przekroczyć 1 000,00 zł.

Rozdział 3.

Warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 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, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do 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 uchwały;
- 4) pełnomocnictwo do złożenia wniosku udzielone przez nauczyciela, jeżeli wniosek składa osoba, o której mowa w ust. 2.

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

2. W przypadku zatrudnienia nauczyciela w kilku szkołach, wniosek potwierdza dyrektor szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony w najwyższym wymiarze zajęć, lub wskazanej przez nauczyciela.

3. Wniosek dotyczący nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli otrzymujących nauczycielskie świadczenia kompensacyjne 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, wniosek potwierdza dyrektor szkoły, w której jest naliczany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych dla tego nauczyciela (nauczyciela emeryta, rencisty lub pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne).

Rozdział 4.**Sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej**

§ 8. 1. Wniosek wraz z załącznikami, o których mowa w § 6 ust. 3, potwierdzony przez dyrektora szkoły, składa się do Burmistrza w zamkniętej kopercie z dopiskiem: „Pomoc zdrowotna dla nauczycieli” osobiście lub za pośrednictwem poczty.

2. Wnioski rozpatrywane są w terminie 30 dni od dnia ich złożenia.

3. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w § 6 ust. 3, Burmistrz wzywa do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

4. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o którym mowa w ust. 3, wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia, o czym wnioskodawca jest informowany pisemnie.

§ 9. Wnioski ewidencjonowane są w rejestrze, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do 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 7, 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. Wpłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na rachunek bankowy wskazany przez wnioskodawcę we wniosku.

Rozdział 5. Postanowienia końcowe

§ 14. Traci moc uchwała Nr LV/456/2023 Rady Miejskiej Białogardu z dnia 22 lutego 2023 r.

w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego poz. 1464).

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

Przewodniczący Rady Miejskiej

Tomasz Strząbala

Załączniki do uchwały Nr XLVI/525/2024
Rady Miejskiej Białogardu
z dnia 31 stycznia 2024 r.

Załącznik nr 1

.....
(Miejscowość, data)

**Burmistrz Białogardu
ul. 1 Maja 18
78-200 Białogard**

**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.;

.....
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. Rozstrzygnięcie Burmistrza Białogardu z dnia

Na podstawie uchwały Nr / /2024 Rady Miejskiej Białogardu 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 z 2024 r. 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.

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 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. UE L 119 z 04.05.2016, str.1), dalej: "RODO", informuję, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Białogardu, ul. 1 Maja 18, kod pocztowy 78-200, e-mail: um.sekretariat@bialogard.info, tel. 94 3579 100.

Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych: Urząd Miasta Białogard, ul. 1 Maja 18, kod pocztowy 78-200, adres e-mail iodumb@bialogard.info, nr telefonu 94 3579 213.

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO i art. 9 ust. 2 lit. b w celu realizacji zadania związanego z przyznawaniem świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.

Odbiorcą Pani/Pana Danych osobowych są:

- a) organy oraz podmioty, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
- b) Centrum Usług Wspólnych w Białogardzie na podstawie uchwały Nr LV/457/2023 z dnia 22 lutego 2023 r. Rady Miejskiej Białogardu zmieniającej uchwałę w sprawie utworzenia Centrum Usług Wspólnych oraz nadania mu statutu (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego poz. 1465),
- c) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Miastem Białogard (Urzędem Miasta Białogard) przetwarzają dane osobowe, dla których administratorem jest Burmistrz Białogardu.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów zgodnie z przepisami prawa, w tym instrukcją kancelaryjną lub wewnętrznymi regulacjami administratora, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia po okresie przechowywania wymaganym przez przepisy prawa, ograniczenia przetwarzania.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy RODO.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym w sytuacji, gdy przesłanką przetwarzania danych osobowych jest przepis prawa art. 6 ust. 1 lit. c RODO i art. 9 ust. 2 lit. b.

Odmowa podania danych może skutkować negatywnym rozpatrzeniem sprawy.

Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również nie będą profilowane.

(data i podpis wnioskodawcy)

Załącznik nr 2

.....
(Miejscowość, data)

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 wynosi zł.

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

**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.