

**UCHWAŁA NR XLIV/292/22
RADY MIASTA ŚWIDWIN**

z dnia 30 marca 2022 r.

w sprawie określenia 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 2022 r. poz. 559) oraz art. 72 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021 poz.1762) Rada Miasta Świdwin uchwala, co następuje:

§ 1. Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Świdwin oraz warunków i sposobu ich przyznawania, w formie Regulaminu Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Świdwin, w brzmieniu stanowiącym Załącznik do niniejszej uchwały.

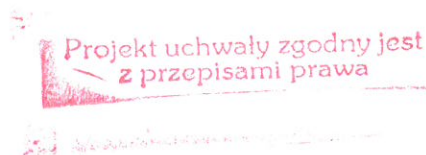
§ 2. Traci moc uchwała Nr XIV/115/15 Rady Miasta Świdwin z dnia 30 grudnia 2015 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego z 2016 r. poz. 759).

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Świdwin.

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

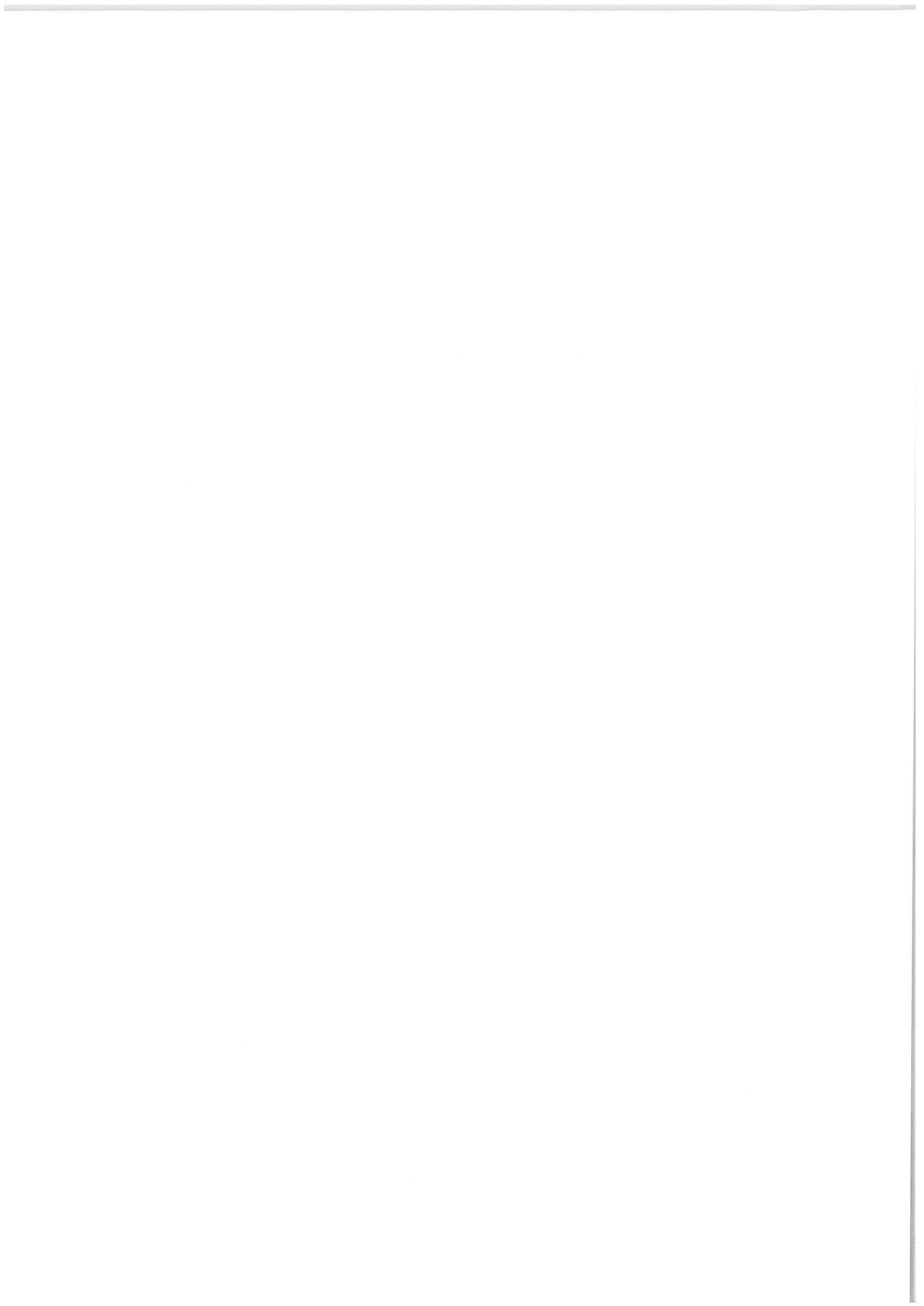
Przewodnicząca Rady Miasta

Monika Stępnik


Projekt uchwały zgodny jest
z przepisami prawa

Andrzej Czerniec


ADWOKAT



Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Świdwin

**Rozdział 1.
Postanowienia ogólne.**

§ 1. 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. Ilekroć w regulaminie jest mowa o:

- 1) organie prowadzącym – należy przez to rozumieć Gminę Miejską Świdwin,
- 2) szkole – należy przez to rozumieć publiczne przedszkole, szkołę oraz placówkę oświatową, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Świdwin,
- 3) nauczycielu – należy przez to rozumieć nauczycieli obecnie zatrudnionych w szkołach, nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, wywodzących się ze szkół, o których mowa w pkt. 2,
- 4) wniosku – należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej.

§ 3. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określa corocznie uchwała budżetowa.

**Rozdział 2.
Rodzaje świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.**

§ 4. 1. Świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej mogą być przyznane nauczycielom w związku z:

- 1) ciężką lub przewlekłą chorobą,
- 2) długotrwałym leczeniem choroby zawodowej,
- 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym i rehabilitacją leczniczą,
- 4) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu,
- 5) rehabilitacją i leczeniem specjalistycznym wskutek wypadku, zdarzenia losowego,
- 6) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, niezbędnego do wykonywania zawodu lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie,
- 7) koniecznością skorzystania z usług protetyki dentystycznej ze względów zdrowotnych, zawodowych i estetycznych,
- 8) koniecznością zapewnienia dodatkowej opieki nauczycielowi.

2. Świadczeniami w ramach pomocy zdrowotnej są:

- 1) refundacja kosztów zakupu leków ściśle związanych z chorobami nauczyciela (z wyłączeniem suplementów diety, ziół, paramedykamentów),
- 2) refundacja kosztów zakupu okularów (nie częściej niż raz na dwa lata, a maksymalna kwota refundacji to 600 zł.),
- 3) refundacja kosztów usług protetycznych (nie częściej niż raz na dwa lata, a maksymalna kwota refundacji to 900 zł.),

- 4) refundacja kosztów opieki nad chorym w domu,
- 5) refundacja kosztów leczenia specjalistycznego, rehabilitacji,
- 6) refundacja kosztów dojazdów, zakwaterowania i wyżywienia – w przypadku leczenia onkologicznego,
- 7) refundacja kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego.

§ 5. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:

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

Rozdział 3.

Warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

§ 6. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej. Wzór wniosku stanowi Załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki, stosowanie leków,
- 2) dokumenty potwierdzające koszty leczenia lub zakupów, o których mowa w § 4 ust. 1 (imienne oryginały faktur lub rachunków), poniesione w okresie od 16 listopada roku poprzedzającego rok złożenia wniosku do dnia złożenia wniosku,
- 3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej,
- 4) oświadczenie o wysokości dochodów netto ze wszystkich źródeł przypadających na jednego członka rodziny, za okres trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, na druku stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.

§ 7. 1. Wniosek wraz dokumentami, o których mowa w § 6 ust. 2 należy złożyć do Burmistrza Miasta Świdwin, w sekretariacie Urzędu Miasta Świdwin do dnia 15 listopada danego roku kalendarzowego.

2. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w § 6 ust. 2, wnioskodawca zostanie wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

3. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o którym mowa w ust. 2, wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym wnioskodawca zostanie poinformowany pisemnie.

4. Wnioski rozpatrywane są raz w roku w terminie do 10 grudnia danego roku.

5. W szczególnych przypadkach, tj. choroba nowotworowa, nagły wypadek, wniosek może zostać rozpatrzony w trybie pilnym, bez zachowania terminu, o którym mowa w ust. 4.

6. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do otrzymania pomocy.

Rozdział 4.

Sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

§ 8. 1. Pomoc zdrowotna w ramach Funduszu Zdrowotnego może być udzielona wnioskodawcy jeden raz w danym roku.

2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, tj. choroba nowotworowa, nagły wypadek, pomoc może być przyznana uprawnionemu bez zachowania warunku, o którym mowa w ust. 1.

§ 9. Środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje Burmistrz Miasta Świdwin.

§ 10. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku budżetowym nie przechodzą na rok następny.

§ 11. 1. Decyzję o przyznaniu pomocy zdrowotnej i jej wysokości podejmuje Burmistrz Miasta Świdwin.

2. O podjętej decyzji powiadamia się wnioskodawcę pisemnie.

3. Od wydanej decyzji nie przysługuje żaden środek odwoławczy.

§ 12. Rejestr wniosków o przyznanie pomocy z Funduszu Zdrowotnego prowadzi Wydział Oświaty, Zdrowia, Kultury i Sportu Urzędu Miasta Świdwin. Wzór rejestru stanowi Załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.

§ 13. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na konto bankowe wskazane przez nauczyciela we wniosku.

Burmistrz Miasta Świdwin
Plac Konstytucji 3 Maja 1
78-300 Świdwin

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. WNOSKODAWCA

- 1) Imię i nazwisko
- 2) Adres zamieszkania
- 3) Telefon kontaktowy

2. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA

- 1) Szkoła, w której ubiegający się o pomoc nauczyciel jest lub był zatrudniony*:
.....
- 2) Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku (*właściwe zaznaczyć „X”*):
oczyiny zawodowo
orencista / emeryt
onauczycielskie świadczenie kompensacyjne

3. UZASADNIENIE WNIOSKU

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli z powodu (należy wskazać przyczynę ubiegania się o świadczenie, zgodną z § 4 ust. 1 Regulaminu):

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

4. DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY (*właściwe zaznaczyć „X”*):

ozaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki, stosowanie leków, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku;

oimienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia, wystawione nie wcześniej niż 16 listopada roku poprzedzającego rok złożenia wniosku - szt.;

oinne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (*wymienić jakie*):
.....

ooswiadczenie o wysokości dochodów netto ze wszystkich źródeł przypadających na jednego członka rodziny za okres trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

5. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

Świadczenie przyznane z funduszu zdrowotnego w ramach pomocy zdrowotnej proszę o przekazanie na moje konto nr:

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

6. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

- 1) Zgodnie z art. 7 ust. 1 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 Nr 119, str. 1), zwanego dalej „RODO” **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej oraz w załączonych do niego dokumentach, przez Urząd Miasta Świdwin, 78-300 Świdwin, Plac Konstytucji 3 Maja 1, wyłącznie w celu jego realizacji.
- 2) **Zapoznałem (-am)* się** z treścią klauzuli informacyjnej.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWAŻANIU DANYCH OSOBOWYCH W PROCEDURZE PRYZNAWANIA POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest

Urząd Miasta Świdwin z siedzibą: Plac Konstytucji 3 Maja 1, 78-300 Świdwin. Z administratorem danych można się skontaktować poprzez adres e-mail: ratusz@swidwin.pl lub telefonicznie pod numerem 94 365 20 11 lub pisemnie na adres siedziby administratora.

Inspektor ochrony danych.

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych, z którym może się Pani skontaktować poprzez e-mail iodo@swidwin.pl, telefonicznie 94 3648017 lub pisemnie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować, w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

Cele i podstawy przetwarzania.

Podane przez Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego wynikającego z ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021 r. poz. 1762), którym jest pomoc zdrowotna dla nauczycieli.

Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest niezbędność ich przetwarzania w ramach sprawowania władzy publicznej (art. 6 ust. 1 lit. e 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 „RODO” - Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) wynikająca z art. 5a ustawy z dnia z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2022 poz.559), art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021 r. poz. 1762) i uchwały Rady Miasta Świdwin w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Świdwin oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

Odbiorcy danych osobowych.

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą Urząd Miasta Świdwin, jednostki administracji publicznej uprawnione do sprawowania kontroli i nadzoru nad prawidłowością funkcjonowania Urzędu

Miasta oraz jednostki i organy administracji publicznej mogące potwierdzić prawdziwość podanych przez Panią/Pana informacji.

Okres przechowywania danych.

Dane będą przechowywane przez okres określony w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt.

Prawa osób, których dane dotyczą.

Zgodnie z RODO przysługuje Państwu:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych,
4. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa.

Informacja o wymogu podania danych.

Podanie przez Państwa danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne w celu skorzystania z pomocy wskazanej we wniosku, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia tejże pomocy.

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany, ale nie będą profilowane.

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....

.....

(adres zamieszkania)

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód netto* z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniósł w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na 1 osobę zł. (słownie)

Sposób wyliczenia:

| | | |
|---|--|--|
| 1 | Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) | |
| 2 | Dochód nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku | |
| 3 | Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku | |
| 4 | Łączny dochód rodziny uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (poz. 2 + poz. 3) | |
| 5 | Średni miesięczny dochód przypadający na jednego członka rodziny (poz. 4 : poz. 1 : przez 3 miesiące) | |

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Pouczenie:

* - Dochód netto tj. dochód pomniejszony o składki na ubezpieczenie zdrowotne, społeczne oraz zaliczki na podatek dochodowy. 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 cywilnoprawne: umowy zlecenia, umowy o dzieło, dochody z majątku rodziny (czynsze najmu i dzierżawy).

Uzasadnienie

Zmiana Regulaminu Funduszu Zdrowotnego podyktowana jest koniecznością aktualizacji zapisów w związku z wygaszeniem gimnazjum, dostosowaniem wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej do aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

Ponadto doprecyzowano rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej, wprowadzono możliwość ubiegania się o świadczenie w trybie pilnym w szczególnych przypadkach, tj. choroba nowotworowa, nagły wypadek.

Zmieniony Regulamin wprowadza możliwość rozliczenia faktur wystawionych w miesiącu grudniu.

Projekt niniejszej uchwały, zgodnie z art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 263 z późn. zm.), został zaopiniowany przez reprezentatywne organizacje związkowe zrzeszające nauczycieli.

BURMISTRZ MIASTA
Piotr Feliński

