



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Warszawa, dnia 28 października 2022 r.

Poz. 11020

UCHWAŁA NR XLIV/295/2022 RADY GMINY OPINOGÓRA GÓRNA

z dnia 26 października 2022 r.

w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania w szkołach prowadzonych przez Gminę Opinogóra Górna

Na podstawie art.18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 559, 583, 1005, 1079 i 1561) oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021 r. poz. 1762 oraz z 2022 r. poz. 935, 1116, 1700 i 1730), po uzyskaniu opinii związków zawodowych uchwala się, co następuje:

§ 1. Określa się rodzaje 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, dla których organem prowadzącym jest Gmina Opinogóra Górna, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Traci moc Uchwała Nr XIV/67/07 Rady Gminy Opinogóra Górna z dnia 11 grudnia 2007 r. w sprawie przeznaczenia środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół prowadzonych przez Gminę Opinogóra Górna oraz przyjęcia Regulaminu gospodarowania tymi środkami.

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

Przewodniczący Rady Gminy

Jolanta Grochowska

Załącznik do uchwały Nr
XLIV/295/2022
Rady Gminy Opinogóra Górna
z dnia 26 października 2022 r.

Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzonym jest Gmina Opinogóra Górna

§ 1. Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzonym jest Gmina Opinogóra Górna, zwany dalej Regulaminem określa:

- 1) rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli;
- 2) warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli;
- 3) sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

§ 2. 1. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

2. Wysokość przyznanego świadczenia pieniężnego 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 nauczyciela;
- 4) liczby wniosków złożonych w roku budżetowym oraz środków zabezpieczonych na ten cel w danym roku w budżecie Gminy Opinogóra Górna.

§ 3. Pomoc zdrowotna przyznawana jest nauczycielowi w związku z:

- 1) przewlekłą chorobą;
- 2) długotrwałym leczeniem specjalistycznym, w tym korzystanie z konsultacji lekarza specjalisty, wykonywanie na podstawie skierowania specjalistycznych badań diagnostycznych lub zabiegów medycznych;
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym;
- 4) usługami rehabilitacyjnymi;
- 5) zakupem leków, sprzętu specjalistycznego sprzętu medycznego lub rehabilitacyjnego zleconego przez lekarza;
- 6) nagłą ciężką chorobą.

§ 4. 1. Warunkiem przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, który powinien zawierać:

- 1) imię i nazwisko nauczyciela;
- 2) adres zamieszkania, telefon kontaktowy;
- 3) miejsce pracy - dla emerytów i rencistów było miejsce pracy;
- 4) uzasadnienie ubiegania się o pomoc zdrowotną.

2. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu.

3. Do wniosku o przyznanie pomocy należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające fakt istnienia choroby lub inny dokument potwierdzający zasadność poniesionych kosztów w związku z przyczynami wskazanymi w § 3, w szczególności recepta

wraz z rachunkiem lub fakturą VAT, zaświadczenie podmiotu świadczącego usługi medyczne o ich realizacji na zlecenie lekarza, zlecenie, wypis ze szpitala itp.;

- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia lub zakupu sprzętu w formie imiennych rachunków lub faktur wystawionych w danym roku budżetowym;
- 3) oświadczenie o dochodach brutto, przypadających na członka rodziny którego wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu.

§ 5. 1. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej należy składać w dwóch terminach: do 31 marca i do 31 października w danym roku budżetowym.

2. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej należy składać do Wójta Gminy Opinogóra Górna za pośrednictwem dyrektora szkoły, w której nauczyciel jest albo był zatrudniony przed przejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, który potwierdza zatrudnienie.

3. Za datę złożenia wniosku przyjmuje się datę złożenia dokumentacji pozbawionej uchybień formalnych.

§ 6. 1. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej rozpatrywane są w terminach do 30 kwietnia i do 30 listopada danego roku budżetowego.

2. Wnioski niekompletne, bez wymaganej dokumentacji, nie będą rozpatrywane.

§ 7. 1. Decyzję o przyznaniu oraz wysokości świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej lub o nieprzyznaniu podejmuje Wójt Gminy Opinogóra Górna.

2. O przyznaniu pomocy zdrowotnej lub odmowie przyznania pomocy nauczyciel informowany jest w formie pisemnej.

§ 8. Wypłata środków finansowych odbywa się zgodnie z dyspozycją wnioskodawcy.

Załącznik Nr 1 do Regulaminu

**WNIOSEK
o przyznanie świadczenia pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli****WNIOSKODAWCA:**

1. Nauczyciel.....

(imię i nazwisko/ czynny, emerytowany, przebywający na rencie, świadczeniu kompensacyjnym)

2. Adres zamieszkania

nr telefonu kontaktowego.....

3. Miejsce pracy.....

(obecne/ dla emerytów, rencistów byłe)

4. Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną:

.....

lub wypłatę w formie gotówki w kasie Urzędu Gminy Opinogóra Górna* -właściwe podkreślić

UZASADNIENIE WNIOSKU:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....**WYDATKI PONIESIONE NA CELE ZDROWOTNE:**

W załączeniu do wniosku przedkładam następujące dokumenty potwierdzające uprawnienia i potrzebę przyznania pomocy z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli (należy podać: datę/ kwotę wydatku poniesionego na cele zdrowotne/ rodzaj wydatku):

1)

2)

3)

4)

5)

6)

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE:

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby przyznania dofinansowania ze środków w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r.).

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

INFORMACJA DYREKTORA SZKOŁY:

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

(pieczęć szkoły)

(data i podpis dyrektora szkoły)

DECYZJA WÓJTA GMINY OPINOGÓRA GÓRNA:

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej* w wysokościzł
(słownie złotych:).

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej* (uzasadnienie)
.....
.....

*niepotrzebne skreślić

.....
(data i podpis Wójta Gminy Opinogóra Górna)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L 119.1) informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wójt Gminy Opinogóra Górna z siedzibą przy ul. Zygmunta Krasińskiego 4, 06-406 Opinogóra Górna, e-mail: wojt@opinogoragorna.pl;
- 2) wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: iod@opinogoragorna.pl lub pisemnie na adres: ul Zygmunta Krasińskiego 4, 06-406 Opinogóra Górna;
- 3) Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu prowadzenia spraw związanych z udzieleniem pomocy zdrowotnej nauczycielom obowiązku prawnego wynikającego z ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021 r. poz. 1762, z późn.zm);
- 4) dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora;
- 5) osoby, których dane dotyczą, mają prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
 - c) żądania usunięcia danych, gdy:
 - dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
 - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
 - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
 - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych,
 - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
- 6) ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 7) podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu skorzystania ze świadczenia wskazanego we wniosku, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia świadczenia;
- 8) dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu;
- 9) odbiorcami danych są podmioty zajmujące się obsługą informatyczną Administratora i organy kontrolne działalność Administratora.

.....
(data)

.....
Podpis wnioskodawcy

Załącznik Nr 2 do Regulaminu

Oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela

.....

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....

(adres zamieszkania)

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

Oświadczenie o dochodach:

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi.....zł.*

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

Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)