



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Warszawa, dnia 5 marca 2025 r.

Poz. 2121

UCHWAŁA NR XIII/81/2025 RADY POWIATU W OSTROŁĘCE

z dnia 25 lutego 2025 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie określenia rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w zespołach szkół i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Ostrołęcki

Na podstawie art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 107, z późn.zm.) oraz art. 72 ust. 1 i ust. 4 oraz art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 986, z późn.zm.), po uzyskaniu opinii związków zawodowych, Rada Powiatu *uchwala, co następuje*:

§ 1. W uchwale nr VI/27/2011 Rady Powiatu w Ostrołęce z dnia 30 marca 2011 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w zespołach szkół i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Ostrołęcki (Dz. Urz. Województwa Mazowieckiego Nr 64, poz. 2069), wprowadza się następujące zmiany:

1) w **§ 3 ust. 1** otrzymuje brzmienie:

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

- 1) długotrwałą chorobą (chorobą nieuleczalną, chorobą przewlekłą);
- 2) długotrwałym leczeniem specjalistycznym;
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu;
- 4) długotrwałą rehabilitacją leczniczą związaną z chorobą;
- 5) nagłym zdarzeniem losowym (nagłą ciężką chorobą, wypadkiem);
- 6) koniecznością zapewnienia dodatkowej opieki nauczycielowi.”;

2) w **§ 3 ust. 3** otrzymuje brzmienie:

„3. Świadczenie obejmuje refundację całości lub części poniesionych przez nauczyciela kosztów:

- 1) zakupu leków ściśle związanych z chorobami nauczyciela zleconych przez lekarza z wyłączeniem suplementów diety, ziół oraz maści;
- 2) zakupu sprzętu medycznego lub wyrobu medycznego zleconych przez lekarza w szczególności: sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, korekcyjnego niezbędnego do wykonywania zawodu lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie, szkieł korekcyjnych, aparatów słuchowych;
- 3) długotrwałego leczenia specjalistycznego;
- 4) korzystania z usług rehabilitacyjnych, leczenia uzdrowiskowego przysługującego na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza w związku z długotrwałą chorobą lub chorobą powypadkową.”;

3) w § 4 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, rehabilitację, konieczność zakupu wyrobów medycznych, stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie, szkieł korekcyjnych, aparatów słuchowych, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki w domu, stosowania leków;*
- 2) dokumenty potwierdzające koszty leczenia lub zakupów (imienne oryginały faktur lub rachunków), poniesione w danym roku kalendarzowym, w którym składany jest wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej;*
- 3) oświadczenie o wysokości dochodów brutto ze wszystkich źródeł przypadających na jednego członka rodziny, za okres trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku;*
- 4) opinię właściwego dyrektora zespołu szkół.”;*

4) załącznik do Regulaminu zastępuje się załącznikiem do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Ostrołęckiego.

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

Przewodniczący Rady

Adam Marcin Białobrzeski

Załącznik
do Uchwały Nr XIII/81/2025
Rady Powiatu w Ostrołęce
z dnia 25 lutego 2025 r.

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. WNIOSKODAWCA:

- 1) Imię i nazwisko
- 2) Adres zamieszkania.....
- 3) Dane do kontaktu (tel. kontaktowy).....
- 4) Szkoła, w której Wnioskodawca jest lub był zatrudniony:
.....
- 5) Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku (właściwe zaznaczyć „X”):
 - ☐ czynny zawodowo
 - ☐ emeryt / rencista
 - ☐ nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

2. UZASADNIENIE WNIOSKU:

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli w związku z (właściwe zaznaczyć „X”):

- ☐ ciężką lub przewlekłą chorobą;
- ☐ długotrwałym leczeniem specjalistycznym;
- ☐ długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu;
- ☐ długotrwałą rehabilitacją leczniczą związaną z chorobą;
- ☐ nagłym zdarzeniem losowym (nagłą ciężką chorobą, wypadkiem);
- ☐ koniecznością zapewnienia dodatkowej opieki nauczycielowi.

Ubiegając się o zrefundowanie poniesionych kosztów (właściwe zaznaczyć „X”):

- ☐ zakupu leków ściśle związanych z chorobą zleconych przez lekarza z wyłączeniem suplementów diety, ziół oraz maści;
- ☐ zakupu sprzętu medycznego lub wyrobu medycznego zleconych przez lekarza w szczególności: sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, korekcyjnego niezbędnego do wykonywania zawodu lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie, szkieł korekcyjnych, aparatów słuchowych;
- ☐ długotrwałego leczenia specjalistycznego;
- ☐ korzystania z usług rehabilitacyjnych, leczenia uzdrowiskowego przysługującego na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza w związku z długotrwałą chorobą lub chorobą powypadkową.

3. OŚWIADCZENIE O DOCHODACH:

Niniejszym oświadczam, że moja rodzina składa się z osób. Średni miesięczny dochód brutto z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniósł w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na 1 osobęzł (słownie:).

** 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).*

** Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.*

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

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

☐ aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, rehabilitację, konieczność zakupu wyrobów medycznych, stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego

lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie, szkieł korekcyjnych, aparatów słuchowych, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki w domu, stosowania leków;

☐ dokumenty potwierdzające koszty leczenia lub zakupów (imienne oryginały faktur lub rachunków), poniesione w danym roku kalendarzowym, w którym składany jest wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej - szt.;

☐ inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie):

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

.....
miejscowość, data

.....
podpis składającego Wniosek

5. Potwierdzenie dyrektora placówki oświatowej, że Wnioskodawca jest osobą uprawnioną do korzystania ze świadczeń w zakresie pomocy zdrowotnej, t.j.:

1) jest nauczycielem zatrudnionym w
w wymiarze etatu;

2) jest nauczycielem, który przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne i jego ostatnie zatrudnienie było w:

.....

.....
pieczętka i podpis dyrektora placówki oświatowej

6. INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH:

Zgodnie z rozporządzeniem 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, tzw. „RODO”), informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych w zależności od kompetencji organu/jednostki jest:
 - a. dla zadań Starosty – Starosta Ostrołęcki,
 - b. dla zadań powiatowych – Powiat Ostrołęcki,
 - c. dla zadań z zakresu zatrudnienia oraz organizacji pracy w Starostwie – Starostwo Powiatowe w Ostrołęce reprezentowane przez Starostę Ostrołęckiego z siedzibą przy pl. Gen. J. Bema 5, 07-410 Ostrołęka.

Z Administratorami można skontaktować się:

- a. listownie, na ww. adres korespondencyjny,
- b. pod nr tel.: +48 (29) 764 36 45,
- c. za pośrednictwem adresu e-mail: kancelaria@powiatostrolecki.pl.
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych (IOD), z którym można skontaktować się we wszelkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych. Dane kontaktowe IOD: adres e-mail: iod@powiatostrolecki.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celach:
 - realizacji ciężących na Administratorach obowiązków prawnych (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g RODO), wynikających z ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, a także na podstawie przepisów sektorowych,
 - realizacji zawartych umów (art. 6 ust. 1 lit. b RODO),
 - realizacji zadań w interesie publicznym i w ramach sprawowania przez Administratorów władzy publicznej (art. 6 ust. 1 lit. e RODO),
 - utrzymywania z Państwem kontaktu telefonicznego/mailowego na podstawie uprzednio wyrażonej w tym celu zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
4. Dane osobowe będą przetwarzane w okresach wymaganych przepisami prawa, wskazanymi w instrukcji kancelaryjnej. Szczegółowe informacje na temat okresów przechowywania można uzyskać u Administratorów.
5. Odbiorcami danych osobowych mogą być:
 - a. strony postępowania administracyjnego,
 - b. organy publiczne, podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów publicznych, w celach i zakresie wynikających z obowiązujących przepisów prawa,
 - c. podmiot świadczące usługi (m. in. informatyczne, doradcze, prawne) na rzecz Administratorów na podstawie zawartych umów.
6. Na zasadach określonych w RODO, interesantom przysługuje prawo do:
 - żądania dostępu do treści swoich danych osobowych oraz uzyskania ich kopii,
 - żądania sprostowania danych, ich usunięcia i ograniczenia przetwarzania,
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
 - cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, iż przetwarzanie danych narusza przepisy prawa.
7. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.
8. Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
9. Podanie danych jest dobrowolne. Odmowa ich podania może jednak uniemożliwić rozpatrzenie sprawy, z którą interesant zwraca się do Administratorów.

Wyrażam zgodę
(data, podpis Wnioskodawcy)