



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO

Lublin, dnia 28 lutego 2025 r.

Poz. 1191

UCHWAŁA NR XIII.60.2025 RADY GMINY WÓŁKA

z dnia 20 lutego 2025 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 2024 r. poz. 1465, ze zm.) oraz art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2024 r. poz. 986), Rada Gminy Wólka uchwala co następuje:

§ 1. Określa się rodzaj świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania zgodnie z „Regulaminem przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wólka”, stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Wólka.

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

Przewodniczący Rady Gminy

Michał Kornet

Załącznik
do Uchwały Nr XIII.60.2025
Rady Gminy Wólka
z dnia 20 lutego 2025 r.

**Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach,
dla których organem prowadzącym jest gmina Wólka**

§ 1. 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest jeden raz w roku w formie świadczenia pieniężnego w związku z:

- 1) ciężką lub przewlekłą chorobą,
- 2) leczeniem szpitalnym lub poszpitalnym powyżej 7 dni
- 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,
- 4) długotrwałym leczeniem z powodu choroby zawodowej,
- 5) długotrwałą rehabilitacją,
- 6) koniecznością zakupu specjalistycznego sprzętu medycznego lub rehabilitacyjnego, niezbędnego do wykonywania zawodu lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie
- 7) nagłym zdarzeniem losowym, w skutek którego wymagane jest leczenie specjalistyczne, rehabilitacja, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub aparatury medycznej.

2. Świadczenie przyznawane w ramach pomocy zdrowotnej obejmuje refundację całości lub części poniesionych przez nauczyciela:

- 1) kosztów leczenia wynikających z przyczyn określonych w pkt 1. przeznaczonych na zakup leków zleconych przez lekarza związanych z procesem leczenia,
- 2) zakup specjalistycznego sprzętu medycznego lub rehabilitacyjnego,
- 3) specjalistyczne leczenie, w tym korzystanie z konsultacji lekarza specjalisty, wykonywanie na podstawie skierowania specjalistycznych badań diagnostycznych lub zabiegów medycznych,
- 4) zakup niezbędnych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych zleconych przez lekarza lub osobę uprawnioną (w tym – nie częściej niż raz na 3 lata: szkieł korekcyjnych, aparatów słuchowych oraz protez).

§ 2. 1. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela,
- 2) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela wydatków związanych z leczeniem,
- 3) wysokości dochodu przypadającego na członka rodziny nauczyciela,
- 4) liczby złożonych wniosków.

2. Przyznanie i wysokość świadczeń uzależniona jest od wysokości środków funduszu zdrowotnego w danym roku. Jeżeli suma kwot wnioskowanych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli jest wyższa od ogólnej kwoty funduszu zdrowotnego, pomoc może zostać przyznana częściowo lub nie zostać przyznana.

3. Maksymalna wysokość przyznanej nauczycielowi pomocy zdrowotnej w danym roku nie może być wyższa niż 500,00 zł.

§ 3. 1. Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie przez nauczyciela wniosku, stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza specjalistę, wydane w roku ubiegania się przez nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej, potwierdzające:
 - a) leczenie w związku z przewlekłą lub ciężką chorobą, - leczenie szpitalne lub poszpitalne,
 - b) leczenie specjalistyczne,
 - c) leczenie z powodu choroby zawodowej,
 - d) konieczność stosowania sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub aparatury medycznej.
- 2) kserokopie imiennych faktur lub rachunków potwierdzających poniesienie wydatku w roku ubiegania się przez nauczyciela o przyznanie pomocy,
- 3) oświadczenie o zatrudnieniu lub pobieraniu emerytury, renty lub nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, stanowiące załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu,

§ 4. 1. Wniosek wraz z wymaganymi załącznikami należy złożyć w zamkniętej kopercie z dopiskiem „Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli” w Biurze Podawczym Urzędu Gminy Wólka, osobiście lub pocztą na adres, Jakubowice Murowane 8, 20-258 Jakubowice Murowane, w terminie do 30 września danego roku kalendarzowego.

2. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych wnioskodawca zostaje wezwany do usunięcia braków w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

3. W przypadku nieusunięcia braków w wyznaczonym terminie wniosek pozostanie bez rozpatrzenia, o czym wnioskodawca zostanie poinformowany pisemnie.

4. Oświadczenie, o którym mowa w § 3. ust. 2 pkt 3 potwierdza:

- 1) w przypadku nauczycieli zatrudnionych – dyrektor placówki,
- 2) w przypadku nauczycieli emerytów, rencistów oraz otrzymujących nauczycielskie świadczenie kompensacyjne – dyrektor placówki, w której byli zatrudnieni przed przejściem na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne,
- 3) w przypadku likwidacji szkoły będącej ostatnim miejscem zatrudnienia nauczyciela – dyrektor placówki, w której naliczany jest odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych dla tego nauczyciela (emeryta, rencisty, pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne).

5. Wnioski o przyznanie świadczenia rozpatrywane będą w terminie do 30 listopada danego roku kalendarzowego.

§ 5. 1. W celu oceny wniosków Wójt Gminy Wólka powołuje Komisję Zdrowotną w składzie:

- 1) przedstawiciel organu prowadzącego,
- 2) po jednym przedstawicielu reprezentującym placówki oświatowe.

2. Posiedzenie komisji zwołuje jej przewodniczący.

3. Z posiedzenia komisji sporządza się protokół, w którym odpowiednio dokumentuje się i uzasadnia opinię oraz zawiera propozycję przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

4. Członkowie komisji zobligowani są do zachowania tajemnicy obrad i złożenia pisemnego oświadczenia o tajemnicy informacji w tym przedmiocie oraz przestrzegania obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych, zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.

§ 6. 1. Decyzję o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia oraz o jego wysokości podejmuje Wójt Gminy Wólka po zasięgnięciu opinii Komisji Zdrowotnej.

2. O decyzji, o której mowa w ust. 1 wnioskodawca zawiadamiany jest na piśmie.

3. Od decyzji, o której mowa w ust. 1 nie przysługuje prawo odwołania.

§ 7. Wypłata świadczenia następuje na rachunek bankowy wskazany we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej w terminie 14 dni od jego przyznania.

Załącznik nr 1
do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych,
dla których organem prowadzącym jest Gmina Wólka będącego załącznikiem
do uchwały Nr XIII.60.2025 Rady Gminy Wólka z dnia 20 lutego 2025 roku

.....
(miejscowość i data)

Wójt Gminy Wólka
Jakubowice Murowane 8
20-258 Jakubowice Murowane

WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej

Wnioskodawca:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:

Nazwa banku i nr rachunku:

.....

Uzasadnienie

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

.....
(czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE
o przeciętnych miesięcznych dochodach brutto

Ja niżej podpisany oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód brutto wszystkich członków rodziny prowadzących ze mną wspólne gospodarstwo domowe ze wszystkich źródeł przychodu za okres ostatnich 3 miesięcy przeliczeniu na jednego członka rodziny wynosi

(słownie zł.....).

.....
(czytelny podpis)

Załączniki:

- 1) zaświadczenie lekarskie
- 2) faktury lub rachunki potwierdzające poniesienie wydatku ,
- 3) oświadczenie o zatrudnieniu lub pobieraniu emerytury, renty lub nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w związku z przyznaniem pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

- 1) Administratorem Państwa danych jest **Wójt Gminy Wólka z siedzibą** Jakubowice Murowane 8, 20-258 Jakubowice Murowane, **tel.:** 81 4781750, **e-mail:** gmina@wolka.pl
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: adres e-mail iodo@wolka.pl, adres do korespondencji: Urząd gminy Wólka, Jakubowice Murowane 8, 20-258 Lublin,
- 3) Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu uzyskania pomocy zdrowotnej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) i art. 9 ust. 2 lit. b) RODO, tj. wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, a w szczególności art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela oraz Uchwały Rady Gminy Wólka.
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych.
- 5) Państwa dane nie będą podlegały zautomatyzowanym decyzjom, w tym nie będą profilowane.
- 6) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych; c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do skorzystania z ww. świadczenia. Niepodanie danych skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.
- 9) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, bankowi, a także podmiotom zewnętrznym np. obsłudze serwisowej programu księgowego lub firmie brakującej dokumentację na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowy

OPINIA KOMISJI ZDROWOTNEJ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jakubowice Murowane, dn.

.....

(podpis przewodniczącego komisji)

DECYZJA WÓJTA GMINY WÓLKA

Przyznaję / nie przyznaję* Pani / Panu
pomoc zdrowotną w kwocie
słownie zł

Uzasadnienie (w przypadku odmowy)

.....

.....

.....

.....

.....

Jakubowice Murowane, dn.

.....

(podpis)

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2
do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych,
dla których organem prowadzącym jest Gmina Wólka będącego załącznikiem
do uchwały Nr XIII.60.2025 Rady Gminy Wólka z dnia 20 lutego 2025 roku

Oświadczenie o zatrudnieniu i pobieraniu emerytury lub nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

- 1) jestem zatrudniony w
..... w wymiarze
.....
- 2) pobieram emeryturę / rentę / nauczycielskie świadczenie kompensacyjne* i byłem/byłam zatrudniony
w
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

POTWIERDZENIE

dyrektora szkoły lub placówki oświatowej

Potwierdzam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne / nie są zgodne * ze stanem faktycznym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 3
do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych,
dla których organem prowadzącym jest Gmina Wólka będącego załącznikiem
do uchwały Nr XIII. 60.2025 Rady Gminy Wólka z dnia 20 lutego 2025 roku

**Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych
dla potrzeb przyznania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli**

Działając na podstawie art. 29 i art. 32 ust. 4 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, zwanego dalej „RODO”, Administrator Danych upoważnia

Panią / Pana*:
reprezentującego

do przetwarzania danych osobowych, dla których Wójt Gminy Wólka jest administratorem,

w ramach obsługi świadczeń pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wólka. Upoważnienie dotyczy przetwarzania danych osobowych w postaci papierowej, przetwarzanych w ramach przyznawania świadczeń pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, nauczycieli emerytów, nauczycieli rencistów, nauczycieli pobierających świadczenie kompensacyjne szkół i placówek oświatowych prowadzonym przez Gminę Wólka, w tym danych szczególnych kategorii (danych o stanie zdrowia), o których mowa w art. 9 ust. 1 RODO, osób uprawnionych do korzystania z należnych świadczeń.

Ponadto zobowiązuje się Panią / Pana* do zachowania w tajemnicy danych, do których dostęp umożliwia niniejsze upoważnienie.

Niniejsze upoważnienie do przetwarzania danych osobowych ważne jest od momentu powołania Pani /Pana* członka Komisji Zdrowotnej, a traci ważność z chwilą jego cofnięcia lub ustania członkostwa w Komisji Zdrowotnej.

Jakubowice Murowane, dn.

(podpis administratora)

Jako osoba upoważniona oświadczam, że:

1) zapoznałam/zapoznałem się* z treścią upoważnienia,

- 2) dane osobowe będę przetwarzać zgodnie z obowiązującym prawem oraz zasadami określonymi przez administratora,
- 3) zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych, które przetwarzam oraz do zachowania danych w tajemnicy także po wygaśnięciu upoważnienia,
- 4) zostałam/zostałem poinformowana/y* o grożącej odpowiedzialności karnej oraz cywilnej wynikającej z obowiązujących przepisów prawa.

Jakubowice Murowane, dn.

.....
(podpis osoby upoważnionej)

*niepotrzebne skreślić