



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Szczecin, dnia 28 kwietnia 2023 r.

Poz. 2670

UCHWAŁA NR XLV/309/2023 RADY POWIATU W KOŁOBRZEGU

z dnia 26 kwietnia 2023 r.

w sprawie określenia rodzaju świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Kołobrzeski

Na podstawie art. 72 ust. 1 i art. 91 d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1762 z późn. zm.), Rada Powiatu w Kołobrzegu uchwala, co następuje:

§ 1. Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Kołobrzeski oraz warunki i sposób ich przyznawania, w formie Regulaminu Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Kołobrzeski, w brzmieniu stanowiącym jak załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Traci moc uchwała Nr XXIV/164/2012 Rady Powiatu w Kołobrzegu z dnia 26 października 2012 r. w sprawie ustalenia Regulaminu określającego rodzaje świadczeń z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu w Kołobrzegu.

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

Wiceprzewodniczący Rady Powiatu w Kołobrzegu

Artur Wasiewski

Załącznik do uchwały Nr XLV/309/2023
Rady Powiatu w Kołobrzegu
z dnia 26 kwietnia 2023 r.

Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Kołobrzegi

**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 Powiat Kołobrzegi,
- 2) szkole – należy przez to rozumieć szkołę oraz placówkę oświatową, dla których organem prowadzącym jest Powiat Kołobrzegi,
- 3) nauczycielu – należy przez to rozumieć nauczycieli, wychowawców i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w wymiarze co najmniej 0,5 obowiązującego wymiaru zajęć dydaktyczno-wychowawczych, 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 się corocznie w budżecie Powiatu Kołobrzegi

**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 / szkieł korekcyjnych (nie częściej niż raz na dwa lata, a maksymalna kwota refundacji to 600,00 zł),
- 3) refundacja kosztów usług protetycznych (nie częściej niż raz na dwa lata, a maksymalna kwota refundacji to 900,00 zł),
- 4) refundacja kosztów opieki nad chorym w domu,
- 5) refundacja kosztów leczenia specjalistycznego, rehabilitacji,
- 6) refundacja kosztów dojazdów, zakwaterowania i wyżywienia – w przypadku długotrwałego leczenia,
- 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,
- 5) liczby złożonych wniosków.

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, stosowania leków,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia lub rehabilitacji (kopie: faktur VAT, rachunków, paragonów),
- 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 3 do niniejszego Regulaminu.

§ 7. 1. Wnioski w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej składa się do Zarządu Powiatu w Kołobrzegu w zaklejonej kopercie z dopiskiem: „Wniosek o pomoc zdrowotną dla nauczycieli”, wraz z wymaganymi dokumentami, w następujących terminach:

- 1) **od 15 kwietnia do 15 maja** danego roku budżetowego, w zakresie wydatków poniesionych w okresie od 1 listopada poprzedniego roku do dnia 30 kwietnia roku, w którym składany jest wniosek,
- 2) **od 15 października do 15 listopada** danego roku budżetowego, w zakresie wydatków poniesionych w okresie od 1 maja do 31 października.

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. Wypłata świadczeń pomocy zdrowotnej następuje na podstawie uchwały Zarządu Powiatu w Kołobrzegu, w następujących terminach:

- 1) do dnia **30 czerwca** danego roku budżetowego - w przypadku wniosków złożonych w terminie określonym w § 7 ust. 1 pkt 1,

2) do dnia **15 grudnia** danego roku budżetowego - w przypadku wniosków złożonych w terminie określonym w § 7 ust. 1 pkt 2.

5. W szczególnych przypadkach, tj. np.: choroba nowotworowa, nagły wypadek, nagłe zachorowanie, 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 budżetowym.

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

§ 9. Środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje Zarząd Powiatu w Kołobrzegu.

§ 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 Zarząd Powiatu w Kołobrzegu.

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 Edukacji i Kultury Starostwa Powiatowego w Kołobrzegu. Wzór rejestru stanowi Załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.

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

Załącznik Nr 1 do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**1. WNIOSKODAWCA**

- 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 (właściwie zaznaczyć „X”):
- czynny zawodowo
 - rencista / emeryt
 - nauczycielskie 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 (właściwie zaznaczyć „X”):

- zaświadczenie 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;
- imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia, wystawione nie wcześniej niż 16 listopada roku poprzedzającego rok złożenia wniosku -..... szt.;
- inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie):
.....
- oświadczenie o wysokości dochodów netto ze wszystkich źródeł przypadających na jednego członka rodziny za okres trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

Oświadczam, że w zakresie objętym niniejszym wnioskiem nie uzyskałam/em refundacji od innego podmiotu.

.....

(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 Starostwo Powiatowe w Kołobrzegu, 78-100 Kołobrzeg, Plac Ratuszowy 1, wyłącznie w celu jego realizacji.

2) **Zapoznałem (-am)* się** z treścią klauzuli informacyjnej stanowiącej Załącznik nr 2 do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 2 do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (dalej: RODO), informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Starosta Kołobrzeski, plac Ratuszowy 1, 78-100 Kołobrzeg, adres e-mail: starostwo@powiat.kolobrzeg.pl, tel. 94 35 476 18

2. Inspektorem ochrony danych w Starostwie Powiatowym w Kołobrzegu jest pan Marek Wiśniewski, e-mail: iod@powiat.kolobrzeg.pl, tel. 94 35 476 18 w. 155

3. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać **w celu prawidłowej realizacji procesu rozpatrzenia złożonego wniosku o przyznanie zapomogi w ramach pomocy zdrowotnej** na podstawie Pani/Pana zgody wyrażonej w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a RODO w związku z art. 72 ust. 1 oraz art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku Krata Nauczyciela oraz art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym.

4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane tylko podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt. 3, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.

6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych przysługuje Pani/Panu:

- a) prawo dostępu do treści danych,
- b) prawo do sprostowania danych,
- c) prawo do usunięcia danych,
- d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych,
- e) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych jeśli jest to niezgodne z celem lub stanowią o tym przepisy prawa.

7. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem zrealizowania celu określonego w pkt. 3.

9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

10. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

(data i podpis Wnioskodawcy)

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a 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") wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie zapomogi w ramach pomocy zdrowotnej i w jego załącznikach, w celu rozpatrzenia przedmiotowego wniosku i ewentualnego przyznania zapomogi.

(data i podpis Wnioskodawcy)

Załącznik Nr 3 do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

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	zł
3.	Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.	zł
4.	Łączny dochód rodziny uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (poz. 2 + poz. 3)	zł
5.	Średni miesięczny dochód przypadający na jednego członka rodziny (poz. 4: poz. 1: przez 3 miesiące)	zł

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).

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

