



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

---

Szczecin, dnia 14 sierpnia 2024 r.

Poz. 3900

### UCHWAŁA NR III/34/2024 RADY POWIATU W GRYFICACH

z dnia 27 czerwca 2024 r.

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

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) oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91b ust. 1 i 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 984 z późniejszymi zmianami) Rada Powiatu 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 Gryficki 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 Gryficki, w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu w Gryficach

**§ 3.** Traci moc uchwała Nr VIII/63/07 Rady Powiatu w Gryficach z dnia 31 maja 2007 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

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

Przewodniczący Rady Powiatu

**Łukasz Czorny**

## **REGULAMIN**

### **Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Gryficki**

#### **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 bez bliższego określenia:

- 1) organie prowadzącym – należy przez to rozumieć Powiat Gryficki;
- 2) szkole – należy przez to rozumieć szkołę oraz placówkę oświatową, dla których organem prowadzącym jest Powiat Gryficki,
- 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 Gryfickiego.

## 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) rehabilitacją i leczeniem specjalistycznym wskutek wypadku, zdarzenia losowego;
- 5) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, niezbędnego do wykonywania zawodu lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie;
- 6) koniecznością skorzystania z usług protetyki dentystycznej ze względów zdrowotnych, zawodowych i estetycznych;

2. Świadczeniami w ramach pomocy zdrowotnej są:

- 1) refundacja kosztów zakupu leków ściśle związanych z chorobami nauczyciela (z wyłączeniem suplementów diety, ziół, paramedykamentów); zgodnie z zaświadczeniem od lekarza o konieczności ich stosowania
- 2) refundacja kosztów zakupu okularów /szkieł korekcyjnych/soczewek 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 leczenia specjalistycznego, rehabilitacji.

§ 5. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:

- 1) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela wydatków związanych z leczeniem;
- 2) wysokości dochodu przypadającego na jednego członka rodziny nauczyciela;
- 3) 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 wystawione nie później, niż dokonany został pierwszy wydatek.
- 2) dokumenty imienne potwierdzające poniesione koszty leczenia lub rehabilitacji (kopie: faktur VAT, rachunków,); wraz z zaświadczeniem lekarskim o potrzebie ich stosowania
- 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 Gryficach w zaklejonej kopercie z dopiskiem: „Wniosek o pomoc zdrowotną dla nauczycieli”, wraz z wymaganymi dokumentami, w terminie do 15 listopada danego roku kalendarzowego. Wnioski złożone po tym terminie będą pozostawione bez rozpatrzenia.

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 Gryficach, w terminie do 20 grudnia.

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. Świadczenia udzielane ze środków pomocy zdrowotnej nie mają charakteru roszczeniowego.

7. 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 danych roku budżetowym.

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

§ 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 Gryficach.

2. O podjętej decyzji powiadamia się wnioskodawcę pisemnie.

3. Od wydanej decyzji nie przysługuje środek odwoławczy.

§ 12. Rejestr wniosków o przyznanie pomocy z Funduszu Zdrowotnego prowadzi Wydział Edukacji Starostwa Powiatowego w Gryficach. 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.

**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, stosowanie leków,
- imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia, wystawione w okresie od 01 grudnia roku poprzedniego do 15 listopada roku kalendarzowego którego dotyczy dofinansowanie - ..... 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.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**5. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO**

Świadczenie przyznane z Funduszu Zdrowotnego w ramach pomocy zdrowotnej proszę przekazać 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 Gryficach, Plac Zwycięstwa 37, 72-300 Gryfice, wyłącznie w celu jego realizacji;
- 2) Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej stanowiącej Załącznik nr 2 do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić

## KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, s. 1) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Starostwie Powiatowym w Gryficach jest: **Starosta Powiatu Gryfickiego** z siedzibą przy ulicy **Plac Zwycięstwa 37, 72-300 Gryfice**, tel. +48 91 384 64 500;

2. W sprawach dotyczących sposobu i zakresu przetwarzania danych osobowych należy kontaktować się z Inspektorem ochrony danych pod adresem: [iodo@gryfice.pl](mailto:iodo@gryfice.pl), tel. +48 91 384 64 50;

3. Państwa dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 pkt 1 Rozporządzenia w celu:

- a) wypełnienia obowiązków ustawowych ciążących na Starostwie Powiatowym w Gryficach,
- b) realizacji umów zawartych z kontrahentami Starostwa Powiatowego w Gryficach,
- c) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody;

4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny dla realizacji obowiązków ustawowych w tym również obowiązku archiwizacji wynikającego z przepisów prawa;

5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w punkcie 3. odbiorcami Państwa danych mogą być:

- a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
- b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych ze Starostwem Powiatowym w Gryficach przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Starosta Powiatu Gryfickiego;

6. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

7. Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Są Państwo zobowiązana do ich podania a konsekwencją niepodania danych

osobowych będzie brak możliwości wypełnienia ze strony Starostwa Powiatowego w Gryficach obowiązku ustawowego tj. przeprowadzenia postępowania w Państwa sprawie;

8. W sytuacji gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny;

9. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia wcześniej wyrażonej zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania z obowiązującym prawem, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

10. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;

12. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane według obowiązującej instrukcji kancelaryjnej;

13. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Gryfice, dnia .....

.....

(podpis)

**OŚWIADCZENIE O DOCHODACH**

.....  
(imię i nazwisko)

.....

.....  
(adres zamieszkania)

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

Sposób wyliczenia:

1.	<b>Liczba osób w rodzinie</b> (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)	
2.	<b>Dochód nauczyciela</b> ubiegającego się o pomoc zdrowotną, z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	zł
3.	<b>Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny</b> pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	zł
4.	<b>Łączny dochód rodziny</b> 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 (**należy przyjąć w wysokości nie niższej niż w kwocie odpowiadającej minimalnemu wynagrodzeniu brutto w danym roku**) 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)

