



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Szczecin, dnia 9 stycznia 2025 r.

Poz. 180

UCHWAŁA NR XI/119/2024 RADY MIEJSKIEJ W GRYFICACH

z dnia 30 grudnia 2024 r.

w sprawie określenia rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Gryfice

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1465 i 1572) oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91b ust. 1 i art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 986) uchwała się, co następuje:

§ 1. Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Gryfice oraz warunki i sposób ich przyznawania, w formie Regulaminu Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Gryfice, w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Gryfic.

§ 3. Traci moc uchwała Nr V/46/2007 Rady Miejskiej w Gryficach z dnia 27 marca 2007 roku w sprawie ustalenia regulaminu funduszu zdrowotnego z przeznaczeniem dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Gryfice.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Zachodniopomorskiego, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2025 roku.

Przewodniczący Rady

Tomasz Kaszlej

Załącznik do uchwały Nr XI/119/2024
Rady Miejskiej w Gryficach
z dnia 30 grudnia 2024 r.

REGULAMIN
Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Gryfice.

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 Gminę Gryfice,
- 2) szkole – należy przez to rozumieć szkołę oraz przedszkole, dla których organem prowadzącym jest Gmina Gryfice,
- 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,
- 5) funduszu zdrowotnym - należy przez to rozumieć środki finansowe przeznaczone w budżecie gminy na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki,
- 6) decyzji - należy przez to rozumieć rozstrzygnięcie w zakresie przyznania bądź odmowy przyznania pomocy zdrowotnej, niebędące decyzją administracyjną w rozumieniu ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego,
- 7) wniosek - należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej,
- 8) wnioskodawca - należy przez to rozumieć nauczyciela występującego z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej.

§ 3. Fundusz zdrowotny tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy Gryfice. Wysokość odpisu wynosi 0,3 % planowanych rocznych środków przeznaczonych na wynagrodzenia osobowe nauczycieli.

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,
- 10) operacjami umożliwiającymi dalsze wykonywanie zawodu,
- 11) zabiegami leczniczymi organów mowy oraz kosztami zakupu leków, które korygują i usuwają schorzenia organów mowy, potwierdzone zaświadczeniem wydanym przez laryngologa lub foniatrę,
- 12) korzystaniem z leczenia psychiatrycznego lub pomocy psychologicznej,
- 13) leczeniem narządu słuchu,
- 14) z profilaktyką zdrowotną w zakresie badań cytologicznych, USG piersi, mammografii i prostaty,
- 15) korzystanie z leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego nie refundowanego przez żadną instytucję.

2. Świadczeniami w ramach pomocy zdrowotnej są:

- 1) refundacją kosztów zakupu leków ściśle związanych z chorobami nauczyciela (z wyłączeniem suplementów diety, ziół, paramedykamentów);
- 2) refundacją kosztów zakupu okularów / szkieł korekcyjnych (nie częściej niż raz na dwa lata, a maksymalna kwota refundacji to 15 % minimalnego wynagrodzenia brutto obowiązującego w dniu poniesionych kosztów);
- 3) refundacją kosztów usług protetycznych (nie częściej niż raz na dwa lata, a maksymalna kwota refundacji to 20 % minimalnego wynagrodzenia brutto obowiązującego w dniu poniesionych kosztów);
- 4) refundacją kosztów opieki nad chorym w domu;
- 5) refundacją kosztów leczenia specjalistycznego, rehabilitacji;
- 6) refundacją kosztów dojazdów, zakwaterowania i wyżywienia – w przypadku długotrwałego leczenia;
- 7) refundacją 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 specjalistycznych sprzętu, leków);
- 2) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela wydatków związanych z leczeniem;
- 3) wysokości dochodu przypadającego na jednego członka rodziny nauczyciela;
- 4) wysokości środków finansowych zaplanowanych na ten cel w budżecie gminy oraz 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);
- 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 2 do niniejszego Regulaminu.

3. W uzasadnionych przypadkach wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej nauczycielowi może złożyć również członek rodziny lub osoba upoważniona przez nauczyciela.

§ 7. 1. Wnioski w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej składa się do sekretariatu Burmistrza Gryfic, Plac Zwycięstwa 37, 72-300 Gryfice, 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 zarządzenia Burmistrza Gryfic, w następujących terminach:

- 1) do dnia **30 czerwca** danego roku budżetowego – w przypadku wniosków złożonych w terminie określonych 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 zachorowania, pomoc może być przyznana uprawnionemu bez zachowania warunku, o którym mowa w ust. 1.

§ 9. Środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje Burmistrz Gryfic.

§ 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 lub decyzję odmowną i podejmuje Burmistrz Gryfic.

2. Decyzja, o której mowa w ust. 1 jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie. Decyzja o odmowie przyznania pomocy zdrowotnej zawiera pisemne uzasadnienie.

§ 12. Rejestr wniosków o przyznanie pomocy z Funduszu Zdrowotnego prowadzi Zespół Placówek Oświatowych w Gryficach. Wzór rejestru stanowi Załącznik nr 3 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**

Imię i nazwisko:	
Adres zamieszkania:	
Telefon kontaktowy (opcjonalnie)	

2. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA

Szkoła, w której ubiegający się o pomoc nauczyciel jest lub był zatrudniony					
Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku (właściwie zaznaczyć „X”)					
<input type="checkbox"/>	czynny zawodowo	<input type="checkbox"/>	rencista / emeryt	<input type="checkbox"/>	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”):

<input type="checkbox"/>	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;
<input type="checkbox"/>	imiennne faktury lub rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia, wystawione nie wcześniej niż 1 listopada roku poprzedzającego rok złożenia wniosku - szt.;
<input type="checkbox"/>	oświadczenie o wysokości dochodów netto ze wszystkich źródeł przypadających na jednego członka rodziny za okres trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.
<input type="checkbox"/>	inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie):.....

5. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

Świadczenie przyznane z Funduszu Zdrowotnego w ramach pomocy zdrowotnej proszę przekazać na moje konto nr:

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

.....
 (miejscowość, data)

.....
 (czytelny podpis wnioskodawcy)

6. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

- 1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej oraz w załączonych do niego dokumentach, przez Gminę Gryfice, ul. Plac Zwycięstwa 37, 72300 Gryfice, wyłącznie w celu jego realizacji;
- 2) Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

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), dalej jako RODO, informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych jest Gmina Gryfice, ul. Plac Zwycięstwa 37, 72-300 Gryfice, tel. 91 38 53 200;
2. W sprawach dotyczących sposobu i zakresu przetwarzania danych osobowych należy kontaktować się z Inspektorem ochrony danych pod adresem: iod@urzad.gryfice.eu, tel. 91 38 53 259 lub osobiście w siedzibie Administratora w godz. 7:30-11:30;
3. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z ustawą z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela oraz ustawą z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym w odniesieniu do art. 6 pkt 1 i art. 9 pkt 2 RODO w celu wypełnienia obowiązków ustawowych ciążących na Administratorze oraz realizacji umów zawartych z kontrahentami,
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny dla realizacji obowiązków ustawowych w tym również obowiązku archiwizacji wynikającego z przepisów prawa, jednak nie dłużej niż 10 lat;
5. Odbiorcami danych mogą być 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, a także inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe Administratora, w tym upoważnieni pracownicy Administratora oraz Zespołu Placówek Oświatowych;
6. Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, a także usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu, jeżeli zezwalają na to przepisy prawa.
7. Posiada także Pan/i prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. Posiada Pan/i prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/i, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

Załącznik Nr 2 do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Imię i nazwisko:		
Adres zamieszkania:		
Telefon kontaktowy (opcjonalnie)		
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 trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	zł
3.	Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z trzech ostatnich 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)

