



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

Poznań, dnia 4 maja 2023 r.

Poz. 4668

UCHWAŁA NR L/403/23 RADY GMINY LUBASZ

z dnia 20 kwietnia 2023 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 2023 r. poz. 40 ze zm.) oraz art. 72 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021 poz. 1762 ze zm.) Rada Gminy Lubasz uchwala co następuje:

§ 1. Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Lubasz oraz warunków i sposobu ich przyznawania, w formie Regulaminu Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Lubasz, w brzmieniu stanowiącym Załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Traci moc uchwała Nr XXX/353/10 Rady Gminy Lubasz z dnia 10 listopada 2010 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń pomocy zdrowotnej przyznawanej nauczycielom oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Lubasz.

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

Przewodnicząca Rady Gminy
(-) Żaneta Andrzejewska

Załącznik
do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

WNIOSEK

o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty oraz nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne szkół i placówek prowadzonych przez Gminę Lubasz

1.	Imię i Nazwisko	
2.	Nr PESEL	
3.	Adres do korespondencji	
4.	Telefon	
5.	Nazwa placówki	
6.	Stanowisko	
7.	Ilość osób w rodzinie	
8.	Miesięczny dochód przypadający na jednego członka rodziny*	

**Miesięcznym dochodem rodziny jest: roczna suma dochodów wnioskodawcy, współmałżonka oraz innych członków rodziny na podstawie PIT-ów za ubiegły rok, a także roczny dochód z tytułu renty, emerytury i innych dochodów, po odliczeniu składek na ubezpieczenie społeczne, zgodnie z ustawą o podatku dochodowym, podzielone na 12 miesięcy i podzielone przez ilość osób w rodzinie.*

9. Uzasadnienie wniosku przez wnioskodawcę:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Przyznaną kwotę dofinansowania proszę przekazać na konto nr

.....

.....

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH
ZWIĄZANA Z PRZYZNAWANIEM POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI
(NA PODSTAWIE PRZEPISU PRAWA)**

TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA	Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Gminnego Zespołu Obsługi Szkół i Przedszkoli w Lubaszu można się kontaktować: • pisemnie na adres siedziby administratora: Urząd Gminy w Lubasz, ul. Bolesława Chrobrego 37, 64-720 Lubasz, • telefonicznie: (+48) 67 255 60 39, • elektronicznie: e-mail: gzosip13@op.pl.
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	Z administratorem można się skontaktować pisemnie na adres jego siedziby lub z wyznaczonym przez niego inspektorem ochrony danych osobowych pod adresem: tel. e-mail: sekretariat@smart-standards.com we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych.
CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWA PRAWNA	Państwa dane osobowe są przetwarzane w związku z przepisami ustawy z 22.11.2018 r. o zmianie ustawy – Prawo oświatowe, ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 2245, 2432, z 2019 r. poz. 534, 1287, 2248, z 2021 r. poz. 4, z 2022 r. poz. 1116) oraz przepisami ustawy 1 ustawy z 26.01.1982 r. – Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1762, z 2022 r. poz. 935, 1116, 1700, 1730) w związku ze składanymi podaniami/wnioskami, a także w ramach wszczynanych z urzędu postępowań administracyjnych w celu: • realizacji uchwały Rady Gminy w Lubasz Nr L/403/23 w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania, • rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.
ODBIORCY DANYCH	Administrator przetwarza Państwa dane osobowe w ściśle określonym, minimalnym zakresie niezbędnym do osiągnięcia celu, o którym mowa powyżej. W szczególnych sytuacjach Administrator może przekazać/udostępnić/powierzyć Państwa dane innym podmiotom. Podstawą przekazania/udostępnienia/powierzenia danych są przepisy prawa lub umowy powierzenia danych do przetwarzania, zapewniające bezpieczeństwo danych osobowych,
OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH	Dane zgromadzone w formie pisemnej są przetwarzane zgodnie z klasyfikacją wynikającą z jednolitego rzeczowego wykazu akt organów gminy i związków międzygminnych oraz urzędów obsługujących te organy i związki na podstawie przepisów rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. Dz.U. Nr 14, poz. 67).
PRAWA PODMIOTÓW DANYCH	Przysługuje Pani/Panu: prawo dostępu do treści danych, prawo do sprostowania danych, gdy są niezgodne ze stanem rzeczywistym, prawo do usunięcia danych, czyli „prawo do bycia zapomnianym”, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do uzyskania kopii danych osobowych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w celach marketingowych.
PRAWO WNIESIENIA SKARGI	Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa, Tel. 22 531 03 00
INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH	Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa. W przypadku nie podania danych osobowych nie będą mogły zostać zrealizowane obowiązki wynikające z norm prawnych. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO..

Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w celu rozpatrzenia mojego wniosku o przyznanie zasiłku z funduszu zdrowotnego zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781 ze zm.)

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

W załączeniu:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

11. Potwierdzenie wniosku przez dyrektora placówki:

Zaświadczam, że Pan/Pani jest nauczycielem, nauczycielem emerytem/rencistą, nauczycielem pobierającym świadczenie kompensacyjne (*niepotrzebne skreślić)

....., dnia

.....
pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

.....
pieczęć pracodawcy

DECYZJA WÓJTA GMINY LUBASZ:

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości:.....
(słownie złotych).....

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej (uzasadnienie).....

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

.....
(data i podpis Wójta Gminy Lubasz)