



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

---

Bydgoszcz, dnia 8 stycznia 2021 r.

Poz. 186

### UCHWAŁA Nr 220/20 RADY MIEJSKIEJ w ŚWIECIU

z dnia 29 grudnia 2020 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 2020 r. poz. 713 oraz poz. 1378) w związku z art. 72 ust. 1 i 4 oraz art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2019 r., poz. 2215), uchwała się, co następuje:

§ 1. Ustala się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest gmina Świecie, które określa Regulamin stanowiący Załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Traci moc uchwała nr 45/07 Rady Miejskiej w Świeciu z dnia 21 lutego 2007 r. w sprawie zabezpieczenia corocznie w budżecie gminy odpowiednich środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz formy udzielania tej pomocy oraz uchwała nr 345/14 Rady Miejskiej w Świeciu z dnia 28 sierpnia 2014 r., zmieniająca tę uchwałę.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Świecia.

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

Przewodniczący  
Rady Miejskiej  
Jerzy Wójcik

załącznik  
do uchwały nr 220/20  
Rady Miejskiej w Świeciu  
z dnia 29 grudnia 2020 r.

### **Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach dla których organem prowadzącym jest gmina Świecie**

§ 1. 1. Pomoc zdrowotna z Funduszu Zdrowotnego udzielana jest raz w roku budżetowym w formie jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego, zwana dalej „pomocą zdrowotną”.

2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach pomoc zdrowotna może być w danym roku budżetowym przyznana powtórnie.

§ 2. Do korzystania ze świadczeń pomocy zdrowotnej uprawnieni są:

- 1) nauczyciele zatrudnieni w co najmniej połowie obowiązującego ich wymiaru zajęć dydaktyczno – wychowawczych w szkołach i przedszkolach prowadzonych przez gminę Świecie;
- 2) byli nauczyciele powyższych placówek, którzy przeszli na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

§ 3. 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest nauczycielowi korzystającemu z opieki zdrowotnej m.in. w związku z:

- 1) orzeczoną chorobą zawodową;
- 2) chorobą przewlekłą;
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym i leczeniem poszpitalnym;
- 4) długotrwałym leczeniem specjalistycznym;
- 5) nagłą ciężką chorobą, wypadkiem komunikacyjnym lub innym zdarzeniem losowym powodującym uszczerbek na zdrowiu.

2. Pomoc, o której mowa w ust. 1, przeznaczona jest na dofinansowanie kosztów leczenia związanych z:

- 1) zakupem leków;
- 2) zakupem sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego, ortopedycznego oraz środków pomocniczych (np. aparaty słuchowe, protezy);
- 3) leczeniem sanatoryjnym, przysługującym na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- 4) korzystaniem z zabiegów leczniczych lub rehabilitacyjnych;
- 5) płatnych badań zleconych przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę.

3. Dofinansowanie, o którym mowa w ust. 2 nie obejmuje wydatków pokrytych z uzyskanej refundacji ze środków NFZ lub innej instytucji.

§ 4. 1. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby, w szczególności jej przewlekłości i uciążliwości oraz innych okoliczności z nią związanych, wpływających na sytuację materialną nauczyciela (konieczność stosowania odpowiedniej diety, zapewnienia dodatkowej opieki choremu, ponoszenie kosztów dojazdu, zakwaterowania, itp.);
- 2) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela wydatków związanych z leczeniem;
- 3) sytuacji materialnej nauczyciela oraz osób prowadzących z nim wspólne gospodarstwo domowe;
- 4) wysokości środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną w ramach Funduszu Zdrowotnego w danym roku budżetowym.

§ 5. 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest na podstawie złożonego przez nauczyciela wniosku, którego wzór stanowi Załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

2. Wniosek o przyznanie nauczycielowi pomocy zdrowotnej może złożyć również przedstawiciel lub pełnomocnik nauczyciela w przypadku, gdy nauczyciel z powodów zdrowotnych nie jest w stanie osobiście podejmować czynności w tym zakresie. Wraz z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej należy przestawić dokument, z którego wynika upoważnienie dla przedstawiciela lub pełnomocnika do działania w imieniu nauczyciela i składania w jego imieniu wymienionych w ust. 3 dokumentów, zaświadczeń i oświadczeń.

3. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu ortopedycznego lub rehabilitacyjnego, aparatury medycznej, konieczność zapewnienia choremu opieki lub inny dokument zaświadczący o chorobie, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku;
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (imiennie faktury, rachunki) wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy przed datą złożenia wniosku;
- 3) oświadczenie o średnim dochodzie brutto (ze wszystkich źródeł przychodu) z trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, przypadającym na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym (zastrzega się prawo do weryfikacji podanych przez wnioskodawcę danych poprzez żądanie przedstawienia do wglądu dokumentów potwierdzających powyższe dane);
- 4) oświadczenie nauczyciela, że przedstawione koszty nie były refundowane z innych źródeł lub dokument potwierdzający wysokość otrzymanego dofinansowania;
- 5) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.

4. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w ust. 3, nauczyciel, przedstawiciel lub pełnomocnik nauczyciela zostanie wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od otrzymania wezwania.

5. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o którym mowa w ust. 4, wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia.

6. W przypadku wystąpienia sytuacji braku możliwości załączenia któregokolwiek z dokumentów, o których mowa w ust. 3, do wniosku należy załączyć pisemne oświadczenie uzasadniające przyczyny zaistnienia tej sytuacji oraz uprawdopodobniające okoliczności uprawniające do otrzymania pomocy zdrowotnej.

§ 6. 1. Rozpatrywanie wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej odbywa się raz na kwartał.

2. Wnioski wraz z załącznikami należy składać w Ośrodku Oświaty i Wychowania w Świeciu, ul. Wojska Polskiego 124 w terminach do dnia: 10 marca, 10 czerwca, 10 września oraz 10 grudnia.

3. Wnioski ewidencjonowane są w rejestrze stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.

4. Złożone wnioski będą rozpatrywane w terminie do końca danego miesiąca, w którym upłynął termin na złożenie wniosku.

5. Środkami przeznaczonymi na pomoc zdrowotną gospodaruje Kierownik Ośrodka Oświaty i Wychowania w Świeciu,

6. Wypłata pomocy zdrowotnej nastąpi na wskazany przez nauczyciela rachunek bankowy w terminie 7 dni od dnia przyznania pomocy zdrowotnej.

7. Pomoc zdrowotna nie przysługuje w przypadkach, gdzie średni dochód brutto na jednego członka rodziny nauczyciela przekracza kwotę podwójonego minimalnego wynagrodzenia za pracę.

8. Pomoc zdrowotna nie ma charakteru roszczeniowego. Przyznanie i wysokość świadczenia pieniężnego zależy od wysokości środków przeznaczonych w ramach Funduszu Zdrowotnego w danym roku budżetowym.

9. Przyznanie pomocy zdrowotnej oraz jej wysokości albo odmowa przyznania pomocy zdrowotnej nastąpi na podstawie decyzji, której wzór stanowi Załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu. Odmowa przyznania pomocy zdrowotnej wymaga uzasadnienia.



## 9. Ja niżej podpisany oświadczam, że:

1) Liczba osób pozostająca wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ..... (osoba samotna wpisuje 1).

2) Średni dochód brutto (ze wszystkich źródeł przychodu\*\*) z trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną, przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ..... zł.

\*\* - do dochodu wlicza się wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło.

3) Wydatki przedstawione w załączonych dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia (zaznaczyć właściwe pole „x”):

nie były refundowane z innych źródeł;

były refundowane – w załączeniu dokument potwierdzający wysokość otrzymanego dofinansowania.

## 10. W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej proszę o wpłatę świadczenia na rachunek bankowy:

Nr rachunku: .....

Nazwa banku: .....

## W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia lub inny dokument zaświadczący o chorobie nauczyciela;

2. dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (imiennie faktury i rachunki za zakup leków, badań i zabiegów płatnych, sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego, itp.);

3. inne

.....

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

\* - wypełnić tylko w przypadku składania wniosku przez przedstawiciela lub pełnomocnika nauczyciela.

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 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 (tj. Dz.U. UE. L. z 2016r. Nr 119, s.1) zwanego dalej jako "RODO" informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych podanych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej jest: Kierownik Ośrodka Oświaty i Wychowania w Świeciu, ul. Wojska Polskiego 124, 86-100 Świecie, tel. (52) 33-11-525.
- 2) W sprawach z zakresu przetwarzania danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznania pomocy zdrowotnej oraz realizacji uprawnień i obowiązków wynikających z art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2019 r., poz. 2215) oraz uchwały Nr ...../20 Rady Miejskiej w Świeciu z dnia ..... grudnia 2020 r., w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania;
- 4) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres ubiegania się o konkretne świadczenie oraz czas niezbędny do ustalenia prawa do świadczenia i realizacji tego prawa oraz okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
- 5) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługują Pani/Pana następujące prawa:
  - a) prawo dostępu do swoich danych, do sprostowania (poprawiania), usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
  - b) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
  - c) 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) Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w zakresie wynikającym z art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela jest obowiązkowe i konieczne do rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Załącznik Nr 2 do Regulaminu  
 przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach,  
 dla których organem prowadzącym jest gmina Świecie

**REJESTR**  
**wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej**

Rok	Lp.	Nazwisko i imię nauczyciela	Miejsce zatrudnienia (czynny zawodowo/emeryt/ rencista)	Cel pomocy zdrowotnej	Wnioskowana kwota pomocy zdrowotnej	Przyznana kwota pomocy zdrowotnej	Uwagi
		RAZEM:	x	x			x

Podpis upoważnionego pracownika OOiW w Świeciu:

..... Świecie, dnia ..... r.

ZATWIERDZAM:

.....  
 (podpis Kierownika OOiW) Świecie, dnia ..... r.

Załącznik Nr 3 do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest gmina Świecie

## DECYZJA

Zgodnie z uchwałą nr ...../20 Rady Miejskiej w Świeciu z dnia ..... grudnia 2020 r., w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania, niniejszym **przyznaję / nie przyznaję** pomoc zdrowotną w wysokości \_\_\_\_\_ zł, (słownie zł .....).

## Uzasadnienie

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

Świecie, dn. ....

.....  
pieczęć i podpis Kierownika OOiW w Świeciu