UCHWAŁA NR LXVIII/689/24
RADY MIEJSKIEJ W KARLINIE

z dnia 29 marca 2024 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 z późn. zm.) oraz art. 72 i art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2023 r. poz. 984 z późn. zm.) Rada Miejska w Karlinie uchwala, co następuje:

Rozdział 1.
Postanowienia ogólne

§ 1. Uchwała 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 uchwale jest mowa bez bliższego określenia o:

1) szkole/szkołach – należy przez to rozumieć przedszkole/przedszkola i szkołę/szkoły, dla których organem prowadzącym jest Gmina Karlino;
2) nauczycielu – należy przez to rozumieć nauczyciela zatrudnionego w szkole oraz nauczyciela po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, zatrudnionego dotychczas w szkole, o której mowa w pkt 1.

Rozdział 2.
Rodzaje świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 3. 1. Świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej przyznawane są w formie jednorazowego bezzwrotnego zasiłku pieniężnego i przeznaczone na finansowanie lub dofinansowanie kosztów korzystania przez nauczyciela ze świadczeń opieki zdrowotnej w kraju, w szczególności związanych z:

1) ciężką lub przewlekłą chorobą;
2) długotrwałym leczeniem choroby zawodowej;
3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym i rehabilitacją leczniczą;
4) długotrwałym leczeniem szpitalnym lub poszpitalnym;
5) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub aparatury medycznej niezbędnych do wykonywania zawodu lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie;
6) orzeczoną chorobą zawodową, chorobą ciężką, przewlekłą, wymagającą stałych konsultacji lekarskich, stałego przyjmowania leków itp.;

7) nagłym zdarzeniem losowym, w tym wypadkiem, wskutek którego wymagane jest leczenie specjalistyczne, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub aparatury medycznej;

8) koniecznością zapewnienia dodatkowej opieki nauczycielowi.

2. Zasiłek pieniężny w ramach pomocy zdrowotnej jest przeznaczony na refundację kosztów:

1) zakup leków ściśle związanych z chorobami nauczyciela (z wyłączeniem suplementów diety, ziół, paramedykamentów);

2) opieki nad chorym w domu;

3) leczenia specjalistycznego, rehabilitacji;

4) dojazdów, zakwaterowania i wyżywienia – w przypadku leczenia onkologicznego;

5) zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego.

§ 4. 1. Wysokość przyznanego zasiłku pieniężnego uzależniona jest od:

1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela, w tym potrzebę zapewnienia dodatkowej opieki choremu, zakup specjalistycznego sprzętu, leków itp.;

2) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela wydatków związanych z leczeniem;

3) wysokości dochodu przypadającego na jednego członka rodziny nauczyciela;

4) czasu trwania leczenia.

Rozdział 3.
Warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 5. 1. Świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej mogą być przyznane nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej, zatrudnionym w szkole w wymiarze nie niższym niż połowa obowiązującego wymiaru zajęć oraz nauczycielom tych szkół po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, bez względu na datę przejścia na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

2. Warunek dotyczący zatrudnienia w wymiarze nie niższym niż połowa obowiązującego wymiaru zajęć uważa się za spełniony, jeżeli nauczyciel jest zatrudniony w kilku szkołach, w każdej w wymiarze mniejszym niż połowa obowiązkowego wymiaru zajęć, lecz łącznie jednak wymiar jego zajęć stanowi co najmniej połowę obowiązkowego wymiaru zajęć dla danego stanowiska.

3. Nauczyciel zatrudniony w kilku szkołach jest uprawniony do otrzymania pomocy zdrowotnej w szkole, w której jest zatrudniony w najwyższym wymiarze zajęć, a gdy w kilku szkołach zatrudniony jest w tym samym wymiarze zajęć – w szkole wskazanej przez nauczyciela.

§ 6. 1. Warunkiem przyznania zasiłku pieniężnego jest złożenie przez nauczyciela wniosku o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do uchwały wraz z klauzulą informacyjną, zwanego dalej „wnioskiem”.

2. Wniosek mogą złożyć również:

1) członek rodziny lub opiekun nauczyciela, jeżeli nauczyciel nie jest zdolny osobiście do podejmowania czynności w tym zakresie;

2) za zgodą nauczyciela:

a) dyrektor szkoły,

b) rada pedagogiczna szkoły,

c) organizacja związkowa.

3. Do wniosku należy załączyć:

1) zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie szpitalne lub poszpitalne, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub aparatury medycznej, konieczność zapewnienia choremu opieki, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku;

2) imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesienie wydatku wymienionego we wniosku, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed datą złożenia wniosku;

3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela zawierające informację o przeciętnych miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do uchwały;

4) pełnomocnictwo osoby upoważnionej do złożenia wniosku, jeżeli wniosek składa osoba lub podmiot, o których mowa w ust. 2.

§ 7. 1. Dyrektor szkoły potwierdza we wniosku spełnianie przez nauczyciela warunku, o którym mowa w § 5.

2. W przypadku zatrudnienia nauczyciela w kilku szkołach wniosek potwierdza odpowiednio dyrektor szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony w najwyższym wymiarze zajęć, lub szkoły wskazanej przez nauczyciela.

3. Wniosek dotyczący nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli otrzymujących nauczycielskie świadczenia kompensacyjne potwierdza dyrektor szkoły, w której byli zatrudnieni przed przejściem na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne.

4. W przypadku likwidacji szkoły będącej ostatnim miejscem zatrudnienia nauczyciela, wniosek potwierdza dyrektor szkoły, w której jest naliczany odpis za zakładowy fundusz świadczeń socjalnych dla tego nauczyciela (nauczyciela emeryta, rencisty lub pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne).

Rozdział 3.
Sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 8. 1. Wniosek wraz z załącznikami, o których mowa w § 6 ust. 3, potwierdzony przez dyrektora szkoły, składa się do Burmistrza Karlina za pośrednictwem Zakładu Oświaty w Karlinie w zamkniętej kopercie z dopiskiem: „Pomoc zdrowotna dla nauczycieli” osobiście lub za pośrednictwem poczty, w terminach do 30 kwietnia lub 31 października danego roku.

2. Wnioski rozpatrywane są w terminach do dnia 31 maja oraz do dnia 30 listopada danego roku.

3. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w § 6 ust. 3, Burmistrz Karlina wzywa do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

4. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o którym mowa w ust. 3, wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia, o czym wnioskodawca jest informowany pisemnie.

§ 9. 1. Wnioski ewidencjonowane są w rejestrze, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do uchwały.

2. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do otrzymania pomocy zdrowotnej.

§ 10. 1. Pomoc zdrowotna może być przyznana nauczycielowi raz w roku budżetowym.

2. Pomoc zdrowotna może być przyznana ponownie w danym roku budżetowym w przypadku konieczności korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej innego, niż objęte dotychczasową pomocą, spełniającego warunki określone w § 3.

3. Wysokość przyznanego w ramach pomocy zdrowotnej świadczenia jest uzależniona od wysokości kwoty wydatków planowanych w danym roku budżetowym na pomoc zdrowotną dla nauczycieli w budżecie Gminy Karlino, liczby złożonych wniosków oraz okoliczności, o których mowa w § 4.

§ 11. 1. Środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje Burmistrz Karlina.

2. Burmistrz przyznaje świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej oraz odmawia ich przyznania.

3. Burmistrz przesyła wnioskodawcy informację na piśmie o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

4. Od rozstrzygnięcia Burmistrza w sprawie świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej nie przysługuje środek odwoławczy.

§ 12. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na rachunek bankowy wskazany przez wnioskodawcę we wniosku.

Rozdział 5.
Postanowienia końcowe

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

Przewodnicząca Rady
Miejskiej

Beata Klepuszewska

Załącznik nr 1 do uchwały Nr LXVIII/689/24
Rady Miejskiej w Karlinie
z dnia 29 marca 2024 r.

……
(Miejscowość, data)

Burmistrz Karlina
Plac Jana Pawła II 6
78-230 Karlino

WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ

I. Dane nauczyciela ubiegającego się o świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej:

1. Imię i nazwisko: ……..……;
2. Adres zamieszkania: ……;
3. Telefon kontaktowy: ……...……..…;
4. Miejsce pracy: (w przypadku nauczyciela emeryta, rencisty lub pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne należy podać ostatnie miejsce pracy przed przejściem na emeryturę, rentę, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne) …….....……
5. Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku: czynny zawodowo/rencista/emeryt/nauczycielskie świadczenie kompensacyjne (niepotrzebne skreślić);
6. Uzasadnienie wniosku o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej:
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..
   ……..
7. Numer rachunku bankowego: ……..
8. Załączniki (właściwe zaznaczyć „x”):

☐ zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie szpitalne lub poszpitalne, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub aparatury medycznej, konieczność zapewnienia opieki choremu, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku

☐ imienne faktury potwierdzające poniesienie wydatku wymienionego we wniosku, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed datą złożenia wniosku - ……szt.;

☐ oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela zawierające informację o przeciętnych miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

……
Podpis nauczyciela/osoby upoważnionej

II. Dane osoby, która w imieniu nauczyciela składa wniosek o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej:

1. Imię i nazwisko…….;
2. Adres zamieszkania……..……;
3. Telefon kontaktowy……..;

Do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo do złożenia wniosku w imieniu nauczyciela lub nauczyciela emeryta/rencisty/pobierającego świadczenie kompensacyjne.

III. Potwierdzenie dyrektora szkoły, że nauczyciel jest osobą uprawnioną do korzystania ze świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej:

Potwierdzam, że pan /pani ……
(imię i nazwisko nauczyciela)

1) jest nauczycielem zatrudnionym w …….
(nazwa szkoły/przedszkola)

2) jest nauczycielem, który przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne i jego ostatnim zakładem pracy była/o …….
(nazwa szkoły/przedszkola)

……..
(Pieczątka i podpis dyrektora szkoły/przedszkola)

IV. Rozstrzygnięcie Burmistrza Karlina z dnia …….

Na podstawie uchwały Nr …….. Rady Miejskiej w Karlinie z dnia ……..…….. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego z ……) oraz na podstawie załączonych dokumentów:

1) przyznaję panu/pani ……..…….. świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w formie jednorazowego zasiłku pieniężnego w wysokości ; …… (słownie: ……..……) z przeznaczeniem na:…… ……..…….. ……...;
2) odmawiam przyznania panu/pani …….. świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej w formie jednorazowego zasiłku pieniężnego z powodu: …… ……... .

……..…….
(podpis Burmistrza lub osoby upoważnionej)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (zwane dalej rozporządzeniem RODO) informuję, iż:

1. Administrator danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Karlino reprezentowana przez Burmistrza Karlina z siedzibą – Urząd Miejski w Karlinie ul. Plac Jana Pawła II 6,78-230 Karlino (dalej zwany jako Administrator).
Z administratorem można się skontaktować:

1) listownie na adres: ul. Plac Jana Pawła II 6;
2) telefonicznie 94/311 72 73
3) fax - 94/3117-410
4) przez email: um@karlino.pl

2. Inspektor ochrony danych

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Z inspektorem można się kontaktować przez email: iod@karlino.pl.

3. Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane są przetwarzane, w celu:

1) przyjęcia wniosku o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miasto Karlino;
2) przyznania lub odmowy przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.
3) wypłaty przyznanego świadczenia
4) archiwizacji sprawy.

Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 9 ust 2 lit b) oraz 6 ust.1 lit e) RODO (tj. przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne dla wypełnienia prawnego obowiązku ciążącego na administratorze), w związku z

1) art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela
2) Uchwałą Rady Miejskiej Karlina w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.
3) art. 5 ustawy z 14.7.1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach

4. Okres przechowywania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 5 lat po zakończeniu roku, w którym dokonano wypłaty świadczenia

5. Odbiorcy danych

Administrator przekazuje dane osobowe osób wnioskujących o pomoc dla Zakładu Oświaty w Karlinie ul. Szymanowskiego 17 78-230 Karlino w celu obsługi administracyjnej i organizacyjnej wsparcia.
Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych są także szkoły, dla których organem prowadzącym jest Gmina Karlino.

6. Przekazywanie danych do państwa trzeciego

Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państw trzecich.

7. Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych i podejmowaniem zautomatyzowanych decyzji

Przysługują Pani/Panu następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:

1) prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych,
2) prawo żądania sprostowania Pani/Pana danych osobowych,
3) prawo żądania usunięcia Pani/Pana danych osobowych,
4) prawo żądania ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

Aby skorzystać z powyższych praw, należy skontaktować się z Administratorem lub z naszym inspektorem ochrony danych.

8. Prawo wniesienia skargi do organu

Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9. Wymóg podania danych

Podanie danych jest dobrowolne, jednak brak ich podania będzie skutkować brakiem możliwości udzielenia świadczenia.

Załącznik nr 2 do uchwały Nr LXVIII/689/24
Rady Miejskiej w Karlinie
z dnia 29 marca 2024 r.

……..
(Miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O SYTUACJI MATERIALNEJ RODZINY NAUCZYCIELA

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko: ……..

Adres zamieszkania: ……..

Telefon kontaktowy: ……..…….

Liczba osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) - ……. .

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto*) w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi …….. zł.

Ostatni raz ze świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku ……. .
Była to pomoc przeznaczona na ……
……
……

…….
(Podpis nauczyciela)

*) Pouczenie:
Wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (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), uzyskanych w ciągu 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

Załącznik nr 3 do uchwały Nr LXVIII/689/24
Rady Miejskiej w Karlinie
z dnia 29 marca 2024 r.

REJESTR WNIOSKÓW O PRZYZANIE ŚWIADCZEŃ W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

L.p.	Imię i nazwisko nauczyciela	Miejsce zatrudnienia *)	Data przyznania pomocy zdrowotnej	Kwota przyznanej pomocy zdrowotnej	Przeznaczenie pomocy zdrowotnej	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7

*) Dla nauczyciela emeryta/rencisty/pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne należy wpisać nazwę właściwego świadczenia.

Uwaga: w przypadku odmowy przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej:

- w kolumnie 4 należy wpisać datę odmowy przyznania pomocy zdrowotnej,

- w kolumnach 5 i 6 należy wpisać „-”,

- w kolumnie 7 należy wpisać powód odmowy przyznania pomocy zdrowotnej.