

Projekt

z dnia 22 listopada 2024 r.

Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR VII/
RADY GMINY UŚCIE GORLICKIE**

z dnia 29 listopada 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 2024 r. poz. 1465, 1572) oraz 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 2024 r., poz. 986), uchwala, co następuje:

§ 1. Określa się rodzaj świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania, w formie Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Uście Gorlickie, stanowiącego załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wysokość środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określana jest corocznie w uchwale budżetowej Gminy Uście Gorlickie.

§ 3. Traci moc uchwała nr XXXVI/348/2018 Rady Gminy Uście Gorlickie z dnia 27 marca 2018 r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

§ 4. Wykonanie uchwały powierza się Kierownikowi Centrum Usług Oświatowych w Uściu Gorlickim.

§ 5. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia jej ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Małopolskiego.

Przewodniczący Rady Gminy

Marcin Wszolek

Regulamin
przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół,
dla których organem prowadzącym jest Gmina Uście Gorlickie.

Rozdział I

Postanowienie wstępne

§ 1

Niniejszy regulamin określa:

- 1)** rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej,
- 2)** warunki przyznawani świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej, w tym osoby uprawnione do korzystania z tej pomocy,
- 3)** sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej, w tym zadania Komisji Zdrowotnej.

§ 2

Ilekroć w regulaminie jest mowa bez bliższego określenia o:

- 1)** szkole – należy przez to rozumieć jednostki organizacyjne wymienione w art. 1 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela, dla których organem prowadzącym jest Gmina Uście Gorlickie;
- 2)** nauczycielu – należy przez to rozumieć również wychowawców oraz innych pracowników pedagogicznych obecnie zatrudnionych lub będących emerytami i rencistami w jednostkach organizacyjnych, o których mowa w pkt 1,
- 3)** dyrektorze – należy przez to rozumieć dyrektora jednostki, o której mowa w pkt 1,
- 4)** organie prowadzącym – należy przez to rozumieć Gminę Uście Gorlickie;
- 5)** komisji – należy przez to rozumieć Komisję Zdrowotną,
- 6)** wniosek – należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej;

7) funduszu zdrowotnym – należy przez to rozumieć środki finansowe przeznaczone w budżecie gminy na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej;

8) wnioskodawcy – należy przez to rozumieć nauczyciela lub inną uprawnioną osobę w występującą z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej;

§ 3

Osobami uprawnionymi do korzystania z funduszu zdrowotnego są:

1) nauczyciele, wychowawcy i inni pracownicy pedagogiczni, zatrudnieni w co najmniej połowie obowiązującego wymiaru zajęć dydaktyczno-wychowawczych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Uście Gorlickie;

2) nauczyciele emeryci, nauczyciele renciści, oraz nauczyciele otrzymujący nauczycielskie świadczenia kompensacyjne wywodzący się ze szkół i placówek, o których mowa powyżej i objęci przez te jednostki pomocą socjalną.

Rozdział II

Rodzaje świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 4

Ze środków finansowych Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli na pomoc zdrowotną mogą korzystać osoby uprawnione, o których mowa w § 3 niniejszego regulaminu:

1) u których orzeczono chorobę zawodową, chorobę przewlekłą, wymagającą np. stałych konsultacji lekarskich, ciągłego przyjmowania leków itp.,

2) które uległy wypadkowi, zdarzeniu losowemu, wskutek którego wymagają leczenia specjalistycznego, leczenia sanatoryjnego, zakupu urządzeń rehabilitacyjnych, konsultacji lekarskich,

3) objęte długotrwałym leczeniem szpitalnym lub poszpitalnym,

4) które ponoszą wydatki na zakup wyrobów medycznych, środków pomocniczych, sprzętu i urządzeń rehabilitacyjnych umożliwiających lub ułatwiających proces rehabilitacji leczniczej przysługujących na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza.

§ 5

Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:

1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela (przewlekły charakter choroby, zapewnienie dodatkowej opieki choremu, konieczność stosowania specjalnej diety itp.)

2) wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia,

3) sytuacji materialnej rodziny nauczyciela, po odliczeniu udokumentowanych poniesionych kosztów,

4) możliwości finansowych funduszu zdrowotnego, określonych liczbą pozytywnie rozpatrzonych wniosków i wysokości kosztów ponoszonych na leczenie przez nauczycieli.

W przypadku braku środków na pełne pokrycie potrzeb świadczenie będzie przyznane częściowo lub nie będzie przyznane.

Rozdział III

§ 6

Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie w terminie do dnia 30 marca; 30 czerwca; 30 września; 15 grudnia wniosku, którego wzór stanowi załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu.

Do wniosku należy dołączyć:

- aktualne zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, konieczność zapewnienia choremu opieki,
- oryginalne, imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesienie wydatku wymienionego we wniosku,
- inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej,
- oświadczenie o przeciętnych miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

Wnioski dotyczące nauczycieli, wraz z załącznikami należy składać osobiście w zamkniętej kopercie z podanym imieniem i nazwiskiem, numerem telefonu oraz adresem, z dopiskiem „Wniosek o przyznanie świadczenia z Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli” w sekretariacie Centrum Usług Oświatowych w Uściu Gorlickim, Uście Gorlickie 267, 38-315 Uście Gorlickie lub drogą pocztową na ww. adres. Złożone wnioski będą rozpatrywane co kwartał. **Wnioski niekompletne bez wymaganej dokumentacji nie podlegają rozpatrzeniu.**

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

§ 7

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, o którym mowa w § 3 za jego zgodą, może złożyć ponadto:

- 1) przełożony nauczyciela;
- 2) przedstawiciel nauczycielskich związków zawodowych;
- 3) rada pedagogiczna szkoły,
- 4) opiekun lub członek rodziny jeżeli nauczyciel nie jest zdolny osobiście do podejmowania czynności w tym zakresie.

W przypadku zatrudnienia nauczyciela w kilku szkołach, wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej opiniuje dyrektor szkoły w której nauczyciel jest zatrudniony w najwyższym wymiarze.

Wniosek który dotyczy nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli otrzymujących nauczycielskie świadczenia kompensacyjne potwierdza Dyrektor Szkoły, w której byli zatrudnieni przed przejściem na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne.

Rozdział IV

Sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 8

- 1)** Nauczyciel może ubiegać się o pomoc zdrowotną ze środków Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli jeden raz w roku budżetowym. W szczególnie uzasadnionych przypadkach można przyznać pomoc zdrowotną dodatkowo w danym roku budżetowym, w ramach posiadanych na ten cel środków finansowych.
- 2)** Finansowa pomoc na cele zdrowotne udzielana jest w formie jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.
- 3)** Wysokość przyznanego świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej będzie uzależniona od wysokości środków finansowych zaplanowanych na ten cel w budżecie Gminy Uście Gorlickie i liczby składanych wniosków.

§ 9

- 1.** W drodze zarządzenia Wójt, powołuje Komisje Zdrowotną w składzie:
 - a)** jeden przedstawiciel organu prowadzącego,
 - b)** po jednym przedstawicielu Rady Pedagogicznej z każdej szkoły,
- 2.** Komisja podejmuje decyzje w głosowaniu jawnym zwykłą większością głosów, przy udziale co najmniej połowy członków Komisji. W przypadku równej liczby głosów rozstrzygający jest głos przewodniczącego Komisji.
- 3.** Z posiedzenia Komisji sporządza się protokół, w którym odpowiednio dokumentuje się i uzasadnia swoją opinię oraz zawiera propozycję przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.
- 4.** Jeżeli z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej występuje członek Komisji, nie może on brać udziału w podejmowaniu opinii dotyczącej tego wniosku.
- 5.** Członkowie Komisji zobligowani są do zachowania tajemnicy obrad i złożenia pisemnego oświadczenia o poufności informacji w tym przedmiocie, oraz przestrzegania zapisów ustawy o ochronie danych osobowych. (załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu).

§ 10

- 1.** Decyzję o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej lub decyzję odmowną na podstawie opinii Komisji podejmuje Kierownik Centrum Usług Oświatowych w Uściu Gorlickim.
- 2.** Komisja działa w oparciu o obowiązujące przepisy prawa, w tym zasady określone w niniejszym regulaminie.
- 3.** O podjętej decyzji powiadamia się wnioskodawcę pisemnie.

§ 11

Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na konto bankowe wskazane przez wnioskodawcę.

Rozdział V

Postanowienia końcowe

§ 12

1. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.
2. Zmiany treści regulaminu wymagają procedury przyjętej dla jego ustalenia.

Załącznik nr 1 do Regulaminu
przyznawania pomocy zdrowotnej
dla nauczycieli szkół, dla których organem
prowadzącym jest Gmina Uście Gorlickie.

WNIOSEK
o przyznanie świadczenia z Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli

WNIOSKODAWCA:

1. Nauczyciel.....

(imię i nazwisko/czynny, emerytowany, przebywający na rencie – wpisać)

2. Adres zamieszkania:

.....

Nr telefonu:

Miejsce pracy.....

(obecne/dla emerytów, rencistów być – wpisać)

Wymiar etatu (nauczyciel czynny).

3. Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyzna pomoc zdrowotną:

.....

4. Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałem/am:

.....

(należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej)

UZASADNIENIE WNIOSKU:

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

WYDATKI PONIESIONE NA CELE ZDROWOTNE:

Zestawienie udokumentowanych wydatków na cele zdrowotne należy podać: kwoty wydatków poniesionych na cele zdrowotne - data/kwota/rodzaj wydatku. W załączeniu do wniosku przedkładam następujące dokumenty potwierdzające uprawnienia i potrzebę przyznania pomocy z funduszu zdrowotnego nauczycieli:

1)

2)

3)

4)

Świadom(y)a odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego, potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym powyższych danych. Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby przyznania dofinansowania z Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 poz. 1781.)

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis nauczyciela)

INFORMACJA DYREKTORA SZKOŁY:

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

.....
(pieczęć szkoły)

.....
(data i podpis dyrektora)

DECYZJA KIEROWNIKA CENTRUM USŁUG OŚWIATOWYCH W UŚCIU GORLICKIM:

Przyznaje świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej*, w wysokości:zł.

(słownie złotych):

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej* (uzasadnienie)

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

*niepotrzebne skreślić

.....

(data i podpis Kierownika CUO)

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Niniejszym działając **na podstawie art. 13** 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 („RODO”) informujemy, że przetwarzamy dane osobowe.

1. **Administratorem danych osobowych** jest Centrum Usług Oświatowych w Uście Gorlickim. Z Administratorem danych osobowych można się kontaktować: listownie, na adres: 38 – 315 Uście Gorlickie 267, za pośrednictwem poczty e – mail, na adres: cuosekretariat@edu.uscie.pl lub telefonicznie pod numerem telefonu: 18 353 04 49.

2. Kontakt z **Inspektorem ochrony danych**: listownie na adres: 38-315 Uście Gorlickie 267, telefonicznie, po numerem telefonu: (+48) 733 040 110 oraz za pośrednictwem poczty e – mail, na adres: iod.cuo@usciegorlickie.pl

3. **Dane osobowe będą przetwarzane w celu** przyznania lub odmowy przyznania zasiłku pieniężnego w ramach środków przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze), art. 9 ust. 2 lit. b RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej), art. 72 Ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela oraz Uchwały Nr Rady Gminy Uście Gorlickie z dnia r., w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania. Po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku dane osobowe będą przechowywane w związku z realizacją obowiązków prawnych spoczywających na Administratorze wynikających z właściwych przepisów prawa, w tym np. Ustawy z dnia 29 września 1994 r., o rachunkowości (art. 6 ust. 1 lit. c RODO).

4. **Odbiorcami danych osobowych mogą być** podmioty uprawnione jeżeli wykażą interes prawny lub faktyczny w otrzymaniu danych osobowych, podmioty które wykażą interes prawny lub faktyczny w otrzymaniu danych pod warunkiem uzyskania zgody, podmioty przetwarzające na podstawie zawartych stosownych umów powierzenia lub inni administratorzy danych przetwarzający dane we własnym imieniu.

5. **Dane osobowe będą przetwarzane przez okres** niezbędny do realizacji celu przetwarzania oraz przez okresy wynikające z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, które zobowiązują Administratora do przechowywania danych osobowych np. Ustawy z dnia 29 września 1994 r., o rachunkowości oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów.

6. **Przysługuje Państwu prawo do** dostępu do danych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych, prawo do sprostowania (poprawienia) danych, w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne, prawo do usunięcia danych („prawo do bycia zapomnianym”), prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do przenoszenia danych - z zastrzeżeniem odrębnych przepisów, które mogą ograniczyć lub wyłączyć poszczególne prawa wskazane powyżej.

Przysługuje Państwu również **prawo do wniesienia skargi** do organu nadzorczego w przypadku gdy Państwa zdaniem dane osobowe są przetwarzane w sposób niezgodny z obowiązującym prawem. Organem nadzorczym w kwestii ochrony danych osobowych jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

7. **Podanie danych osobowych jest** warunkiem ustawowym. Odmowa podania danych osobowych wskazanych we wniosku uniemożliwi Administratorowi danych osobowych ich przetwarzania i wiąże się z brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku, a tym samym brakiem możliwości przyznania pomocy w jakiegokolwiek formie.

8. Dane osobowe **nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym profilowane.**

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

Oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela

.....

(imię i nazwisko nauczyciela)

.....

(adres, nr telefonu)

Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe zamieszkujących razem i utrzymujących się wspólnie).....

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

*wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło, emerytury, renty), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jednocześnie zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis nauczyciela)

Załącznik nr 3 do Regulaminu
przyznawania pomocy zdrowotnej
dla nauczycieli szkół, dla których organem
prowadzącym jest Gmina Uście Gorlickie.

**Rejestr wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających
z opieki zdrowotnej.**

Lp.	Imię i nazwisko nauczyciela	Miejsce zatrudnienia /czynny zawodowo/ emeryt/ rencista/	Cel pomocy zdrowotnej	Przyznana kwota świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej	Data przyznania pomocy zdrowotnej	Uwagi

Załącznik nr 4 do Regulaminu
przyznawania pomocy zdrowotnej
dla nauczycieli szkół, dla których organem
prowadzącym jest Gmina Uście Gorlickie.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że znane mi są przepisy ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 poz. 1781) i zobowiązuję się do przestrzegania ich postanowień oraz zachowania w tajemnicy wszystkich danych, do których miałem/am dostęp w związku z pracami w Komisji ds. funduszu zdrowotnego nauczycieli.

Członkowie Komisji ds. funduszu zdrowotnego nauczycieli:

Nazwisko i Imię

Podpis

1.

.....

2.

.....

3.

.....

4.

.....

5.

.....

6.

.....

7.

.....

8.

.....

.....

(miejscowość, data)