



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO

Olsztyn, dnia 27 stycznia 2020 r.

Poz. 535

UCHWAŁA NR XI/97/2019 RADY GMINY KRUKLANKI

z dnia 30 grudnia 2019 r.

w sprawie środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy 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 2019 r. poz. 506, 1309, 1696 i 1815) oraz art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r. poz. 2215) uchwala się, co następuje:

§ 1. Do korzystania ze świadczeń pomocy zdrowotnej uprawnieni są nauczyciele w rozumieniu ustawy Karta Nauczyciela, zatrudnieni w szkołach prowadzonych przez Gminę Kruklanki, w wymiarze nie niższym niż połowa obowiązującego wymiaru zajęć chyba, że nauczyciel zatrudniony jest w kilku szkołach i w żadnej z tych szkół nie jest zatrudniony w wymiarze co najmniej połowy obowiązkowego wymiaru zajęć, łącznie jednak wymiar jego zajęć stanowi co najmniej połowę obowiązkowego wymiaru zajęć dla danego stanowiska.

§ 2. 1. W budżecie Gminy Kruklanki przeznacza się środki finansowe na pomoc zdrowotną dla nauczycieli w wysokości określonej corocznie przez Radę Gminy w uchwale budżetowej.

2. Środkami finansowymi, o których mowa w ust. 1 dysponuje Wójt Gminy Kruklanki.

3. Wójt zarządzeniem, może powołać Komisję do rozpatrywania wniosków nauczycieli o pomoc zdrowotną.

§ 3. O pomoc zdrowotną ze środków przeznaczonych na ten cel mogą ubiegać się nauczyciele ze względu na poniesione koszty:

- 1) zakupu leków lub sprzętu medycznego w związku z przewlekłą chorobą;
- 2) zakupu środków pomocniczych w szczególności, takie jak: aparaty słuchowe, okulary lub szkła kontaktowe;
- 3) długotrwałego leczenia szpitalnego lub leczenia specjalistycznego;
- 4) korzystania z usług rehabilitacyjnych.

§ 4. 1. Warunkiem przyznania świadczenia zdrowotnego jest złożenie wniosku na obowiązującym druku, który stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

2. Wniosek o przyznanie świadczenia ze środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, osoba uprawniona składa do Wójta Gminy Kruklanki za pośrednictwem dyrektora szkoły, w której nauczyciel pracuje lub był zatrudniony przed przejściem na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne.

§ 5. Do wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia;

- 2) dokument potwierdzający poniesione koszty związane z leczeniem lub zakupem leków albo sprzętu medycznego, korzystaniem z usług rehabilitacyjnych lub inne koszty poniesione w związku z długotrwałym leczeniem szpitalnym lub specjalistycznym;
- 3) oświadczenie o przeciętnych dochodach (brutto) na jednego członka rodziny, osiągniętych w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających okres ubiegania się o pomoc zdrowotną, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do uchwały;
- 4) oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do uchwały.

§ 6. 1. Ustala się następujące zasady i terminy składania wniosków:

- 1) nauczyciele składają wnioski do dyrektora szkoły, w której są aktualnie zatrudnieni lub byli zatrudnieni przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, w następujących terminach:
 - a) do 30 marca;
 - b) do 31 października;
- 2) dyrektor szkoły swój wniosek składa Wójtowi Gminy Kruklanki oraz przekazuje Wójtowi wnioski nauczycieli, w terminach:
 - a) do 15 kwietnia;
 - b) do 15 listopada.

2. Rozpatrywanie wniosków odbywa się dwa razy w roku, w miesiącu kwietniu i listopadzie.

§ 7. 1. Przy rozpatrywaniu wniosków nauczycieli o udzielenie pomocy zdrowotnej bierze się pod uwagę:

- 1) wysokość środków finansowych przyznanych szkole na ten cel przez organ prowadzący, w danym roku;
- 2) sytuację materialną nauczyciela oraz osób prowadzących z nim wspólne gospodarstwo domowe;
- 3) sytuację zdrowotną nauczyciela.

2. Pomoc zdrowotna udzielona jednemu nauczycielowi nie może w ciągu roku budżetowego przekroczyć kwoty 500 zł.

§ 8. 1. W przypadku odmowy przyznania pomocy z funduszu zdrowotnego nie przysługuje odwołanie.

2. Świadczenie pieniężne udzielone ze środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli nie ma charakteru roszczeniowego.

§ 9. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Kruklanki.

§ 10. Traci moc uchwała nr XVI/150/08 Rady Gminy Kruklanki z dnia 30 grudnia 2008r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

§ 11. Uchwała wchodzi w życie po upływie czternastu dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

Przewodniczący Rady Gminy
Kruklanki

Jerzy Piniaha

Załącznik nr 1

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO
NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELA**

1. Imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

.....
.....

2. Uzasadnienie:

.....
.....

3. W przypadku przyznania mi świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej, proszę o przelanie środków finansowych na wskazane poniżej konto bankowe:

Imię i nazwisko

.....

Numer rachunku

.....

4. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela:

a) Nazwa i adres szkoły /przedszkola, w której nauczyciel jest zatrudniony:

.....
.....

b) wymiar etatu – wypełnia nauczyciel czynny zawodowo:

c) Status nauczyciela w chwili składania wniosku:

-czynny zawodowo, -renta/emerytura, - nauczycielskie świadczenie kompensacyjne*

* właściwe zakreślić

5. DECYZJA w sprawie przyznania świadczenia

.....
.....

6. Wysokość przyznanego świadczenia pieniężnego

..... słownie

.....
data i podpis

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE
o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela

Nazwisko i imię nauczyciela

.....

Adres

.....

Niniejsze oświadczenie składam w celu przyznania mi świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Oświadczenie o dochodach:

Lp.	Określenie rodzaju dochodu i członków rodziny nauczyciela, których dochód dotyczy	Wysokość dochodu* brutto (w zł)
1	Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)	
2	Dochód nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	
3	Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	
4	Łączny dochód rodziny uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (poz. 2 + poz. 3)	
5	Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny (poz.4 : poz.1)	

* 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 oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną

Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis nauczyciela)

Załącznik nr 3

KLAUZULA INFORMACYJNA

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Kruklanki w imieniu której występuje Wójt Gminy Kruklanki,
adres: ul. 22 Lipca 10, 11 - 612 Kruklanki, tel.: [87 421 70 02](tel:874217002)
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych -, pod adresem e-mail:
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, w tym: w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, organizacji wypłaty świadczeń, dokumentowania procesu rozpatrywania wniosku i wypłaty świadczeń, kontroli nad wydatkowaniem środków, ochrony praw i realizacji roszczeń oraz w celach archiwalnych.
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO oraz przepisy ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela - niezbędne dla wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
 - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także - w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych.
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku, gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale bez nich nie jest możliwe ani rozpatrzenie wniosku, ani wypłata świadczenia, dlatego w przypadku ich niepodania wniosek nie będzie rozpatrzony.

Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pan/Pani decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

Oświadczenie zapoznania z klauzulą informacyjną

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią powyższej klauzuli informacyjnej, w tym z przysługującym prawem dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również, że pobranie tych danych było dobrowolne.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie