UCHWAŁA NR III/34/2024
RADY POWIATU W GRYFICACH

z dnia 27 czerwca 2024 r.

w sprawie określenia rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Gryficki

Na podstawie art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 107) oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91b ust. 1 i 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 984 z późniejszymi zmianami) **Rada Powiatu uchwala, co następuje**:

§ 1. Określa się rodzaje świadczeń przyznawanym w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Gryficki oraz warunki i sposób ich przyznawania, w formie Regulaminu Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Gryficki, w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu w Gryficach

§ 3. Traci moc uchwała Nr VIII/63/07 Rady Powiatu w Gryficach z dnia 31 maja 2007 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

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

Przewodniczący Rady Powiatu

Łukasz Czyrny

Załącznik do uchwały Nr III/34/2024
Rady Powiatu w Gryficach
z dnia 27 czerwca 2024 r.

REGULAMIN

Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Gryficki

Rozdział 1.

Postanowienia ogólne

§ 1. Regulamin 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 regulaminie jest mowa bez bliższego określenia:

1) organie prowadzącym – należy przez to rozumieć Powiat Gryficki;
2) szkole – należy przez to rozumieć szkołę oraz placówkę oświatową, dla których organem prowadzącym jest Powiat Gryficki,
3) nauczycielu – należy przez to rozumieć nauczycieli, wychowawców i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w wymiarze co najmniej 0,5 obowiązującego wymiaru zajęć dydaktyczno-wychowawczych, obecnie zatrudnionych w szkołach, nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, wywodzących się ze szkół, o których mowa w pkt 2;
4) wniosku – należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej.

§ 3. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określa się corocznie w budżecie Powiatu Gryfickiego.

Rozdział 2.

Rodzaje świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 4. 1. Świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej mogą być przyznane nauczycielom w związku z:

1) ciężką lub przewlekłą chorobą;
2) długotrwałym leczeniem choroby zawodowej;
3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym i rehabilitacją leczniczą;
4) rehabilitacją i leczeniem specjalistycznym wskutek wypadku, zdarzenia losowego;
5) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, niezbędnego do wykonywania zawodu lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie;
6) koniecznością skorzystania z usług protetyki dentystycznej ze względów zdrowotnych, zawodowych i estetycznych;

2. Świadczeniami w ramach pomocy zdrowotnej są:

1) refundacja kosztów zakupu leków ściśle związanych z chorobami nauczyciela (z wyłączeniem suplementów diety, ziół, paramedykamentów); zgodnie z zaświadczeniem od lekarza o konieczności ich stosowania
2) refundacja kosztów zakupu okularów /szkieł korekcyjnych/soczewek korekcyjnych (nie częściej niż raz na dwa lata, a maksymalna kwota refundacji to **600,00** zł);
3) refundacja kosztów usług protetycznych (nie częściej niż raz na dwa lata, a maksymalna kwota refundacji to **900,00 zł**);
4) refundacja kosztów leczenia specjalistycznego, rehabilitacji.

§ 5**.** Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:

1) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela wydatków związanych z leczeniem;
2) wysokości dochodu przypadającego na jednego członka rodziny nauczyciela;
3) liczby złożonych wniosków.

Rozdział 3.
Warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 6. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej. Wzór wniosku stanowi Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

2. Do wniosku należy dołączyć:

1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne wystawione nie później, niż dokonany został pierwszy wydatek.

2) dokumenty imienne potwierdzające poniesione koszty leczenia lub rehabilitacji (kopie: faktur VAT, rachunków,); wraz z zaświadczeniem lekarskim o potrzebie ich stosowania

3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej;

4) oświadczenie o wysokości dochodów netto ze wszystkich źródeł przypadających na jednego członka rodziny, za okres trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, na druku stanowiącym Załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.

§ 7. 1. Wnioski w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej składa się do Zarządu Powiatu w Gryficach w zaklejonej kopercie z dopiskiem: „Wniosek o pomoc zdrowotną dla nauczycieli", wraz z wymaganymi dokumentami, w terminie do 15 listopada danego roku kalendarzowego. Wnioski złożone po tym terminie będą pozostawione bez rozpatrzenia.

2. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w § 6 ust. 2, wnioskodawca zostanie wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

3. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o którym mowa w ust. 2, wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym wnioskodawca zostanie poinformowany pisemnie.

4. Wypłata świadczeń pomocy zdrowotnej następuje na podstawie uchwały Zarządu Powiatu w Gryficach, w terminie do 20 grudnia.

5. W szczególnych przypadkach, tj. np.: choroba nowotworowa, nagły wypadek, nagłe zachorowanie, wniosek może zostać rozpatrzony w trybie pilnym, bez zachowania terminu, o którym mowa w ust. 4.

6. Świadczenia udzielane ze środków pomocy zdrowotnej nie mają charakteru roszczeniowego.

7. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do otrzymania pomocy.

Rozdział 4.

Sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 8. 1. Pomoc zdrowotna w ramach Funduszu Zdrowotnego może być udzielona wnioskodawcy jeden raz w danych roku budżetowym.

§ 9. Środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje Zarząd Powiatu w Gryficach.

§ 10. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, niewykorzystane w danym roku budżetowym, nie przechodzą na rok następny.

§ 11. 1. Decyzję o przyznaniu pomocy zdrowotnej i jej wysokości podejmuje Zarząd Powiatu w Gryficach.

2. O podjętej decyzji powiadamia się wnioskodawcę pisemnie.

3. Od wydanej decyzji nie przysługuje środek odwoławczy.

§ 12. Rejestr wniosków o przyznanie pomocy z Funduszu Zdrowotnego prowadzi Wydział Edukacji Starostwa Powiatowego w Gryficach. Wzór rejestru stanowi Załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.

§ 13. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej, dokonywana jest na konto bankowe wskazane przez nauczyciela we wniosku.

Załącznik Nr 1
do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. WNIOSKODAWCA

1) Imię i nazwisko ……
2) Adres zamieszkania ……
3) Telefon kontaktowy ……

2. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA

1) Szkoła, w której ubiegający się o pomoc nauczyciel jest lub był zatrudniony*:
   ……
2) Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku (właściwe zaznaczyć „X”):
   - ☐ czynny zawodowo
   - ☐ rencista / emeryt
   - ☐ nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

3. UZASADNIENIE WNIOSKU

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli z powodu (należy wskazać przyczynę ubiegania się o świadczenie, zgodną z § 4 ust. 1 Regulaminu):

……
……
……
……

4. DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY (właściwe zaznaczyć „X”):

- ☐ zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, stosowanie leków,
- ☐ imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia, wystawione w okresie od 01 grudnia roku poprzedniego do 15 listopada roku kalendarzowego którego dotyczy dofinansowanie - ……. szt.;
- ☐ inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie):
  ……
  ……
- ☐ oświadczenie o wysokości dochodów netto ze wszystkich źródeł przypadających na jednego członka rodziny za okres trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

Oświadczam, że w zakresie objętym niniejszym wnioskiem nie uzyskałam/em refundacji od innego podmiotu.

…….. ……
(miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

5. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

Świadczenie przyznane z Funduszu Zdrowotnego w ramach pomocy zdrowotnej proszę przekazać na moje konto nr:

…….
…….

…….. ……
(miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

6. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

1) Zgodnie z art. 7 ust. 1 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 ochrony danych) (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1), zwanego dalej „RODO" wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej oraz w załączonych do niego dokumentach, przez Starostwo Powiatowe w Gryficach, Plac Zwycięstwa 37, 72-300 Gryfice, wyłącznie w celu jego realizacji;
2) Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej stanowiącej Załącznik nr 2 do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

…….. ……
(miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 2
do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, s. 1) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Starostwie Powiatowym w Gryficach jest: **Starosta Powiatu Gryfickiego** z siedzibą przy ulicy **Plac Zwycięstwa 37, 72-300 Gryfice,** tel. +48 91 384 64 500;

2. W sprawach dotyczących sposobu i zakresu przetwarzania danych osobowych należy kontaktować się z Inspektorem ochrony danych pod adresem: iodo@gryfice.pl, tel. +48 91 384 64 50;

3. Państwa dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 pkt 1 Rozporządzenia w celu:

a) wypełnienia obowiązków ustawowych ciążących na Starostwie Powiatowym w Gryficach,

b) realizacji umów zawartych z kontrahentami Starostwa Powiatowego w Gryficach,

c) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody;

4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny dla realizacji obowiązków ustawowych w tym również obowiązku archiwizacji wynikającego z przepisów prawa;

5. W zawiązku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w punkcie 3. odbiorcami Państwa danych mogą być:
a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych ze Starostwem Powiatowym w Gryficach przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Starosta Powiatu Gryfickiego;

6. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

7. Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Są Państwo zobowiązana do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wypełnienia ze strony Starostwa Powiatowego

w Gryficach obowiązku ustawowego tj. przeprowadzenia postępowania w Państwa sprawie;

8. W sytuacji gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny;

9. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia wcześniej wyrażonej zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania z obowiązującym prawem, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

10. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;

12. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane według obowiązującej instrukcji kancelaryjnej;

13. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Gryfice, dnia …… ……..

(podpis)

Załącznik Nr 3
do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

……
(imię i nazwisko)

……

……
(adres zamieszkania)

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód netto* **w roku składania wniosku /z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniósł w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na 1 osobę …….. zł (słownie: ……...**
…….)

Sposób wyliczenia:

1.	**Liczba osób w rodzinie** (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)	
2.	**Dochód nauczyciela** ubiegającego się o pomoc zdrowotną, z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	zł
3.	**Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny** pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	zł
4.	**Łączny dochód rodziny** uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (poz. 2 + poz. 3)	zł
5.	Średni miesięczny dochód przypadający na jednego członka rodziny (poz. 4: poz. 1: przez 3 miesiące)	zł

Pouczenie:
*Dochód netto, tj. dochód pomniejszony o składki na ubezpieczenie zdrowotne, społeczne oraz zaliczki na podatek dochodowy. 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 (**należy przyjąć w wysokości nie niższej niż w kwocie odpowiadającej minimalnemu wynagrodzeniu brutto w danym roku)** oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy cywilnoprawne: umowy zlecenia, umowy o dzieło, dochody z majątku rodziny (czynsze najmu i dzierżawy)

…….. ……
(miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

Załącznik Nr 4
do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

REJESTR WNIOSKÓW O PRZYZNANIE POMOCY Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO W …… ROKU

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

UZASADNIENIE

Niniejsza uchwała stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. – Karta Nauczyciela, zobowiązującego organy prowadzące szkoły do przeznaczenia corocznie w budżetach odpowiednich środków finansowych z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, niezależnie od przysługującego nauczycielowi prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego. Uprawnienia te zachowują nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę oraz nauczycielskie świadczenia kompensacyjne.

Z przytoczonego przepisu art. 72 ust. 1 Karty Nauczyciela wynika, że wysokość odpisu na ten cel może określić jedynie uchwała budżetowa, ponadto, że organ prowadzący szkoły powinien odrębne uwzględnić rodzaje, warunki i sposób przyznawania tej pomocy.

Dodatkowo aktualne orzecznictwo sądowe wskazuje, że organem właściwym do udzielania nauczycielom pomocy zdrowotnej jest organ, któremu ustawa o samorządzie powiatowym powierza obowiązek wykonywania uchwały budżetowej.

W uchwale uwzględniono także zgłaszane przez dyrektorów potrzeby zdrowotne środowiska nauczycielskiego.

Projekt uchwały został przekazany do zaopiniowania do związków zawodowych zrzeszających nauczycieli.