



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO

Lublin, dnia 5 czerwca 2023 r.

Poz. 3852

UCHWAŁA NR LXXII/794/2023 RADY MIASTA ŚWIDNIK

z dnia 25 maja 2023 r.

w sprawie określenia rodzaju 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, 572), 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 2021 r. poz. 1762, z późn.zm.) Rada Miasta Świdnik, po zaopiniowaniu przez Komisję Oświaty, Rodziny i Spraw Społecznych uchwała, 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 i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Świdnik, stanowiącego załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Traci moc uchwała Nr XLIX/528/2021 Rady Miasta Świdnik z dnia 9 grudnia 2021r. r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dziennik Urzędowy Województwa Lubelskiego z 2021 roku, poz. 6134).

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Świdnik.

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

Przewodniczący Rady Miasta
Świdnik

Włodzimierz Radek

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr LXXII/794/2023
Rady Miasta Świdnik
z dnia 25 maja 2023 r.

Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Świdnik.

§ 1. Regulamin określa:

- 1) rodzaj świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej;
- 2) warunki i sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

§ 2. Pomoc zdrowotna w ramach funduszu zdrowotnego udzielana jest w formie jednorazowej, bezzwrotnej zapomogi pieniężnej.

§ 3. 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z długotrwałą chorobą:

- 1) wymagającą stałych konsultacji lekarskich, lub;
- 2) wymagającą leczenia szpitalnego lub poszpitalnego, w tym rehabilitacji, lub;
- 3) wymagającą leczenia specjalistycznego, lub;
- 4) wymagającą zakupu szkielek korekcyjnych, soczewek kontaktowych, lub;
- 5) wymagającą zakupu protez, implantów dentystycznych, lub
- 6) spowodowaną nagłym zdarzeniem losowym (np. wypadkiem), wskutek którego wymagane jest leczenie specjalistyczne, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub aparatury medycznej, konsultacje lekarskie.

2. Pomoc zdrowotna obejmuje refundację całości lub części poniesionych w okresie 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku kosztów leczenia wynikających z przyczyn, o których mowa w ust. 1, w zakresie:

- 1) zakupu leków;
- 2) zakupu szkielek korekcyjnych (nie będą uwzględniane oprawki), soczewek kontaktowych, protez i implantów dentystycznych, aparatury medycznej, sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego;
- 3) konsultacji lekarskich, badań diagnostycznych;
- 4) operacji, zabiegów w tym rehabilitacyjnych.

3. Nie będą refundowane leki i inne wyroby medyczne nie związane z długotrwałą chorobą np. leki na przeziębienie, tabletki od bólu gardła, syropy od kaszlu, kosmetyki niespecjalistyczne np. zwykłe pasty do zębów, szampony do włosów, płyny do higieny uszu a także rękawiczki, maseczki, torby itp).

§ 4. 1. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:

- 1) wysokości poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia;
- 2) wysokości dochodu brutto przypadającego na członka rodziny nauczyciela;
- 3) wysokości środków finansowych zaplanowanych na ten cel w budżecie Gminy Miejskiej Świdnik oraz liczby składanych wniosków.

2. Maksymalna wysokość przyznanej nauczycielowi pomocy zdrowotnej w danym roku budżetowym, nie może być wyższa od kwoty 1200 złotych.

§ 5. 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest na podstawie wniosku nauczyciela, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

2. Do wniosku należy dołączyć oryginały następujących dokumentów:

- 1) zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z długotrwałą chorobą:
 - a) wymagającą stałych konsultacji lekarskich, lub;
 - b) wymagającą leczenia szpitalnego lub poszpitalnego, w tym rehabilitacji, lub;
 - c) wymagającą leczenia specjalistycznego, lub;
 - d) wymagającą zakupu szkieł korekcyjnych, soczewek kontaktowych, lub;
 - e) wymagającą zakupu protez, implantów dentystycznych, lub
 - f) spowodowaną nagłym zdarzeniem losowym (np. wypadkiem), wskutek którego wymagane jest leczenie specjalistyczne, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub aparatury medycznej, konsultacje lekarskie, wystawione nie wcześniej, niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku;
- 2) oświadczenie o wysokości kosztów leczenia poniesionych w okresie 12 m-cy poprzedzających złożenie wniosku, na druku stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu;
- 3) oświadczenie o wysokości osiągniętego dochodu brutto na osobę w rodzinie w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, na druku stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.

3. Wniosek wraz z załącznikami, o których mowa w § 5 ust. 2 należy złożyć w Urzędzie Miasta Świdnik w zaklejonej kopercie z dopiskiem: "Pomoc zdrowotna dla nauczycieli" osobiście lub za pośrednictwem poczty na adres: ul. St. Wyspiańskiego 27, 21-040 Świdnik, w terminie od 1 do 30 września danego roku. Przy składaniu wniosku pocztą liczy się data wpływu do Urzędu Miasta.

4. W przypadku stwierdzenia braków formalnych we wniosku, wnioskodawca zobowiązany jest do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. Dopuszcza się pisemną lub telefoniczną formę wezwania. Telefoniczne wezwanie do uzupełnienia wniosku dokumentowane jest poprzez sporządzenie notatki służbowej przez pracownika Urzędu Miasta.

5. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o którym mowa w ust. 4 wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym nauczyciel zostanie poinformowany pisemnie.

6. Złożenie wniosku nie jest jednoznaczne z przyznaniem pomocy zdrowotnej.

7. Pomoc zdrowotna może być przyznana nauczycielowi nie częściej, niż raz w roku.

§ 6. 1. W celu oceny wniosków, Burmistrz Miasta powołuje Komisję Zdrowotną.

2. Komisja opiniuje wnioski na posiedzeniu zwoływanym nie później, niż do 30 listopada danego roku.

3. Z posiedzenia Komisji sporządza się protokół zawierający propozycję przyznania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

§ 7. 1. Komisja Zdrowotna może wezwać Wnioskodawcę do udokumentowania poniesionych kosztów leczenia, które zostały wykazane w oświadczeniu załączonym do wniosku poprzez złożenie w Urzędzie Miasta oryginałów imiennych faktur, wystawionych nie wcześniej niż 12 miesięcy przed datą złożenia wniosku.

2. Wnioskodawca jest obowiązany dostarczyć dokumenty, o których mowa w ust. 1, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. Dopuszcza się pisemną oraz telefoniczną formę wezwania. Telefoniczne wezwanie jest dokumentowane poprzez sporządzenie notatki służbowej przez pracownika Urzędu Miasta.

3. W przypadku niedostarczenia oryginałów imiennych faktur w terminie, o którym mowa w ust. 2 wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym nauczyciel zostanie poinformowany pisemnie.

4. W przypadku niezgodności poniesionych kosztów wykazanych w oświadczeniu załączonym do wniosku z kosztami wynikającymi ze złożonych faktur, o których mowa w ust. 1, wysokość przyznanego świadczenia będzie uzależniona wyłącznie od kosztów, które zostały potwierdzone na podstawie złożonych faktur.

§ 8. 1. Decyzję o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej lub decyzję odmowną, na podstawie propozycji Komisji Zdrowotnej, podejmuje Burmistrz Miasta.

2. O podjętej decyzji powiadamia się wnioskodawcę pisemnie.

3. Odmowa przyznania pomocy zdrowotnej wymaga uzasadnienia.

4. Decyzja o której mowa w ust. 1 jest ostateczna.

§ 9. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na konto bankowe wskazane przez wnioskodawcę, w terminie 14 dni od decyzji Burmistrza Miasta.

Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 1

Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Świdnik.

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

- 1) Imię i nazwisko.....
- 2) Telefon kontaktowy ¹⁾
- 3) Adres zamieszkania
.....
.....
- 4) Szkoła/przedszkole, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony
.....
- 5) Zwracam się z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej z powodu
(należy wskazać przyczynę ubiegania się o świadczenie, zgodną z § 4 ust. 1 Regulaminu)
.....
.....
- 6) Uzasadnienie:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
- 7) Nr rachunku bankowego na który zostanie przekazane świadczenie.
.....
- 8) W załączeniu do wniosku przedkładam:

zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z długotrwałą chorobą wymagającą: a) stałych konsultacji lekarskich, lub b) leczenia szpitalnego lub poszpitalnego w tym rehabilitacji, lub c) leczenia specjalistycznego lub d) zakupu szkieł korekcyjnych, soczewek kontaktowych lub e) wymagającą zakupu protez, implantów dentystycznych, lub f) spowodowaną nagłym zdarzeniem losowym (np. wypadkiem), wskutek którego wymagane jest leczenie specjalistyczne, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub aparatury medycznej, konsultacje lekarskie, wymagającą wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku;

¹⁾ Podanie danych nie jest obowiązkowe, ale bardzo potrzebne dla skutecznego komunikowania się w sprawie udzielenia pomocy zdrowotnej

oświadczenie o wysokości kosztów leczenia poniesionych w okresie 12 m-cy poprzedzających złożenie wniosku.

oświadczenie o wysokości osiągniętego dochodu na osobę w rodzinie w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

.....

(miejsowość i data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

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), Dz. Urz. UE L Nr 119, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w związku z przyznawaniem pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i nauczycieli emerytów i rencistów jest Burmistrz Miasta Świdnik (adres: ul. St. Wyspiańskiego 27, telefon kontaktowy: 81 751-76-02).

2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych ma Pani/Pan możliwość skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Urzędzie z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@e-swidnik.pl

3. Dane osobowe będą przetwarzane w celach wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, w tym w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, organizacji wypłaty świadczeń, dokumentowania procesu rozpatrywania wniosku i wypłaty świadczeń, kontroli nad wydatkowaniem środków, ochrony praw i realizacji roszczeń oraz w celach archiwalnych.

4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO i jest niezbędne dla wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, które wynikają z art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r. poz. 2215, z późn. zm.)

5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których tu mowa odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być :

- a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
- b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów zawartych z Gminą Miejską Świdnik przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Burmistrz Miasta Świdnik;
- c) wskazany przez Panią/Pana bank w związku z realizacją płatności.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych wyżej celów nie dłuższy niż do rozpatrzenia wniosku i wypłaty świadczenia oraz czasu przechowywania na podstawie odrębnych przepisów prawa archiwizacyjnego.

7. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania w przypadkach określonych w art. 18 RODO.

8. W związku ubieganiem się o przyznanie pomocy zdrowotnej i wypłatą świadczeń Pani /Pana dane osobowe nie będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) lub f) RODO, zatem prawo do wniesienia sprzeciwu na podstawie art. 21 RODO nie będzie mogło być zrealizowane; podobnie ze względu na to, że podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, a dane nie będą przetwarzane wyłącznie automatycznie nie będzie mogło być zrealizowane prawo do przenoszenia danych na podstawie art. 20 RODO.

9. Pani/Pana dane nie będą profilowane, ani nie będą przetwarzane wyłącznie automatycznie, żadna decyzja nie będzie podejmowana automatycznie.

Pani/Pana dane nie będą przekazywane za granicę ani do organizacji międzynarodowych.

10. Jeśli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa, ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych, ul. Stawki 2, Warszawa, z tym że prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.

11. 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.

.....

(Miejscowość i data)

.....

(Podpis wnioskodawcy)

Załącznik Nr 2 do Załącznika Nr 1

Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Świdnik.

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI KOSZTÓW LECZENIA PONIESIONYCH W OKRESIE
12 M-CY POPRZEDZAJĄCYCH ZŁOŻENIE WNIOSKU**

1. Imię i nazwisko.....

2. Wysokość poniesionych kosztów:

Koszty poniesione w związku z długotrwałą chorobą¹⁾	Wysokość poniesionych kosztów (zł)
zakup leków (nie należy wykazywać leków na przeziębienie np. tabletki od bólu gardła, syrop od kaszlu, kosmetyków niespecjalistycznych np. zwykłe pasty do zębów, szampony do włosów, płyny do higieny uszu);	
zakup szkielek korekcyjnych (nie należy wykazywać oprawek)	
zakup soczewek kontaktowych	
zakup protez i implantów dentystycznych	
zakup aparatury medycznej	
zakup sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego	
konsultacje lekarskie	
badania diagnostyczne	
operacje, zabiegi w tym rehabilitacja	
RAZEM	

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

¹⁾ długotrwała choroba – choroba, która wymaga długotrwałego leczenia stałego lub przez długi okres, mająca długotrwały przebieg; za długotrwałą chorobę uznaje się chorobę przewlekłą, nieuleczalną, wrodzoną; długotrwała choroba może być skutkiem nagłego zdarzenia losowego (np. wypadku), w wyniku, którego konieczne jest długotrwałe leczenie

Załącznik Nr 3 do Załącznika Nr 1

Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Świdnik.

Oświadczenie o wysokości osiągniętego dochodu na osobę w rodzinie w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej

- 1) Imię i nazwisko.....
- 2) **Liczba osób w rodzinie** (dotyczy wszystkich członków prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)
.....
- 3) **Łączny dochód brutto rodziny** w roku podatkowym poprzedzającym złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej (dotyczy dochodów opodatkowanych i nieopodatkowanych ze wszystkich źródeł osób, które pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą), wynosi:
.....
- 4) **Średni dochód miesięczny brutto przypadający na jednego członka rodziny** tj. *łączny dochód brutto rodziny w roku podatkowym poprzedzającym złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej podzielony przez liczbę osób w rodzinie i podzielony przez 12 miesięcy*, wynosi:
.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Pouczenie:

Przez dochód należy rozumieć wszelkie dochody osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego, zamieszkujących razem i utrzymujących się wspólnie. Do dochodu, wlicza się w szczególności: wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę, wynagrodzenie z tytułu umów o charakterze cywilnoprawnym (np. zlecenia, o dzieło, najmu, dzierżawy itp.), emerytury i renty, zasiłki z ubezpieczenia społecznego, dochody z działalności gospodarczej; dochody z tego tytułu przyjmuje się w wysokości nie niższej niż zadeklarowane przez osoby osiągające te dochody kwoty stanowiące podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, a jeżeli z tytułu tej działalności lub współpracy nie istnieje obowiązek ubezpieczenia społecznego – kwoty nie niższe od najniższej podstawy wymiaru składek obowiązujących osoby ubezpieczone, stypendia, alimenty, zasiłki dla bezrobotnych.