



DZIENNIK URZĘDOWY WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO

Łódź, dnia 19 marca 2020 r.

Poz. 1822

UCHWAŁA NR XVII/117/2020 RADY POWIATU W BEŁCHATOWIE

z dnia 26 lutego 2020 r.

w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych prowadzonych przez Powiat Bełchatowski oraz warunków i sposobu ich przyznawania

Na podstawie art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2019 r. poz. 511, poz. 1571 i poz. 1815), w związku z art. 72 ust. 1 oraz art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r. poz. 2215), Rada Powiatu w Bełchatowie uchwala, co następuje:

§ 1. Uchwała Regulamin określający rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych prowadzonych przez Powiat Bełchatowski oraz warunki i sposób ich przyznawania, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Traci moc Uchwała Nr 147/XXII/2008 Rady Powiatu w Bełchatowie z dnia 27 lutego 2008 roku w sprawie uchwalenia Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Powiat Bełchatowski.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza Zarządowi Powiatu w Bełchatowie.

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

Przewodniczący Rady

Sławomir Malinowski

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr XVII/117/2020
Rady Powiatu w Bełchatowie
z dnia 26 lutego 2020 r.

Regulamin określający rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych prowadzonych przez Powiat Bełchatowski oraz warunki i sposób ich przyznawania

§ 1. 1. Świadczenie przyznawane w ramach pomocy zdrowotnej jest przeznaczone dla:

- 1) nauczycieli szkół i placówek oświatowych prowadzonych przez Powiat Bełchatowski zatrudnionych w wymiarze nie niższym niż połowa obowiązującego wymiaru godzin;
 - 2) nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne bez względu na datę przejścia na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne - byłych pracowników ww. szkół i placówek.
2. Środkami, o których mowa w ust. 1 dysponuje Zarząd Powiatu w Bełchatowie.

§ 2. 1. Rodzajem pomocy zdrowotnej udzielanej nauczycielowi jest bezzwrotna zapomoga losowa – pieniężna.

2. Pomoc zdrowotna przysługuje nauczycielom w szczególności w związku z:

- 1) przewlekłą chorobą, w szczególności chorobą zawodową;
- 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym;
- 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym, z wykluczeniem usług natury kosmetycznej;
- 4) wypadkiem, w wyniku którego nauczyciel poniósł uszczerbek na zdrowiu;
- 5) nagłym pogorszeniem stanu zdrowia, np. zawałem, udarem, wylewem, itp.

3. Zapomoga losowa, o której mowa w ust. 1 może być przydzielona w następujących formach:

- 1) dofinansowania kosztów zakupu leków oraz zaleconego przez lekarza – specjalistę sprzętu rehabilitacyjnego i aparatury medycznej;
- 2) dofinansowania kosztów leczenia specjalistycznego;
- 3) dofinansowania kosztów usług rehabilitacyjnych.

4. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależnia się od:

- 1) rodzaju i przebiegu choroby, w szczególności choroby zawodowej;
- 2) wysokości dochodów przypadających na członka rodziny nauczyciela;
- 3) wysokości poniesionych przez nauczyciela uzasadnionych i udokumentowanych kosztów leczenia;
- 4) środków finansowych przeznaczonych na ten cel w budżecie Powiatu.

§ 3. 1. Warunkiem przyznania zapomogi jest złożenie przez nauczyciela do 10 maja / 10 listopada roku kalendarzowego, wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej do Wydziału ds. edukacji Starostwa Powiatowego w Bełchatowie na druku stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia /kartę informacyjną ze szpitala, wydane w okresie nie dłuższym niż miesiąc przed terminem złożenia wniosku;
- 2) oryginalne imienne dokumenty finansowe (faktury, rachunki) potwierdzające poniesione koszty na świadczenia, o których mowa w § 2 ust. 3, wystawione w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku;

- 3) oświadczenie o wysokości dochodów nauczyciela i osób prowadzących z nim wspólne gospodarstwo domowe, w przeliczeniu na jednego członka rodziny - w roku kalendarzowym poprzedzającym rok złożenia wniosku ze wszystkich źródeł przychodu wszystkich osób pozostających w gospodarstwie domowym, na podstawie rocznego zeznania podatkowego (PIT do wglądu);
 - 4) oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej i w jego załącznikach.
3. Pomoc zdrowotna jest udzielana nauczycielowi jeden raz w danym roku kalendarzowym.
4. Refundacji nie podlegają koszty już zrefundowane przez inne podmioty.
5. Wysokość jednorazowej zapomogi losowej nie może przekroczyć 100% minimalnego wynagrodzenia za pracę.

§ 4. 1. Zarząd Powiatu w Bełchatowie powołuje Komisję Zdrowotną w składzie:

- 1) przedstawiciel Zarządu Powiatu jako jej przewodniczący;
 - 2) przedstawiciel Wydziału ds. edukacji Starostwa Powiatowego w Bełchatowie;
 - 3) po jednym przedstawicielu szkoły/placówki prowadzonej przez Powiat Bełchatowski, z której wniosek będzie rozpatrywany;
 - 4) po jednym przedstawicielu organizacji związkowych reprezentatywnych w rozumieniu ustawy o Radzie Dialogu Społecznego.
2. Zadaniem Komisji Zdrowotnej jest:
- 1) sprawdzanie formalne wniosków;
 - 2) opiniowanie zasadności przyznania świadczenia;
 - 3) proponowanie wysokości świadczenia.
3. Członkowie Komisji składają oświadczenie o zachowaniu w tajemnicy wszystkich danych, do których mieli dostęp w związku z pracami w Komisji Zdrowotnej.
4. Jeżeli za wnioskiem o udzielenie pomocy zdrowotnej występuje członek Komisji Zdrowotnej, nie może brać udziału w rozpatrywaniu złożonego wniosku.
5. Rozstrzygnięcia Komisji podejmowane są zwykłą większością głosów przy udziale co najmniej połowy członków Komisji. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos przewodniczącego.
6. Posiedzenia Komisji Zdrowotnej odbywają się 2 razy w roku (w maju i listopadzie).
7. Komisja Zdrowotna sporządza protokół z odbytych posiedzeń.
8. Obsługę administracyjno – organizacyjną Komisji Zdrowotnej zapewnia Wydział ds. edukacji Starostwa Powiatowego w Bełchatowie.
9. Zarząd Powiatu w Bełchatowie, po wcześniejszej analizie protokołu Komisji Zdrowotnej, podejmuje ostateczną decyzję co do przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 1

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

Wnioskodawca (imię i nazwisko)

Adres zamieszkania i nr telefonu

Szkoła, w której wnioskodawca jest / był zatrudniony

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej w formie zapomogi.

Uzasadnienie:

Jednocześnie oświadczam, że poniesione przeze mnie koszty, o dofinansowanie których wnioskuję, nie zostały objęte refundacją przez inne podmioty.

.....

data i podpis Wnioskodawcy

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (dalej: RODO), informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych przez Starostwo Powiatowe w Bełchatowie, ul. Pabianicka 17/19, 97-400 Bełchatów jest Starosta Bełchatowski.

2. Inspektorem Ochrony Danych jest Bogdan Stachowicz – dane kontaktowe: 97-400 Bełchatów, ul. Pabianicka 26, budynek B pok. 21, adres email: bstachowicz@powiat-belchatowski.pl.

3. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie wyrażonej zgody zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz art 9 ust. 2 lit. a RODO i będzie się odbywać w celu prawidłowej realizacji procesu rozpatrzenia wniosku o przyznanie zapomogi w ramach pomocy zdrowotnej określonej w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela.

4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane tylko podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

5. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w ust. 3, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.

7. Posiada Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania.

8. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

9. Z uwagi na to, że przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody tj. art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem zrealizowania celu określonego w ust. 3, przy czym podanie danych jest dobrowolne. Jednakże konsekwencją niepodania danych, będzie brak możliwości realizacji czynności określonych w ust. 3.

11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

.....

data i podpis Wnioskodawcy

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a 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 "RODO") wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej i w jego załącznikach, w celu rozpatrzenia przedmiotowego wniosku i ewentualnego przyznania zapomogi.

.....

data i podpis Wnioskodawcy

