

19 03 2023

UCHWAŁA NR LX/443/2023  
RADY POWIATU W SZCZECINKU  
z dnia 13 marca 2023 r.

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

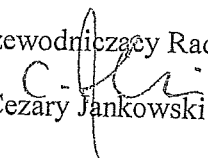
Na podstawie art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1526) oraz art. 72 ust. 1 i art. 91 d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1762 oraz z 2022 r. poz. 935, poz. 1116, poz. 1700 i poz. 1730) Rada Powiatu uchwala, co następuje:

§ 1. Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Szczecinecki 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 Szczecinecki, w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Traci moc uchwała Nr XV/103/2007 Rady Powiatu Szczecineckiego z dnia 28 listopada 2007 roku w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół prowadzonych przez Powiat Szczecinecki oraz warunków i sposobu jej przyznawania.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Szczecineckiego.

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

Przewodniczący Rady  
  
Cezary Jankowski

## Uzasadnienie

Zgodnie z art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym do wyłącznej właściwości rady powiatu należy: podejmowanie uchwał w innych sprawach zastrzeżonych ustawami do kompetencji rady powiatu.

Podstawą podjęcia uchwały jest art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela, zgodnie z którym niezależnie od przysługującego nauczycielowi i członkom jego rodziny prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego, organ prowadzący szkołę jest zobowiązany do przeznaczenia corocznie w budżecie odpowiednich środków finansowych z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunków i sposobów ich przyznawania.

W myśl art. 91d pkt 1 powołanej wyżej ustawy kompetencje organu prowadzącego w tym zakresie wykonuje rada powiatu.

Uchwała w związku z przetwarzaniem danych osobowych nauczyciela, uwzględnia przepisy 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 oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Projekt niniejszej uchwały, zgodnie z art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych przedłożono do zaopiniowania przez reprezentatywne organizacje związkowe zrzeszające nauczycieli.

Wobec powyższego podjęcie uchwały jest uzasadnione.

Załącznik  
do uchwały nr LX/443/2023  
Rady Powiatu w Szczecinku  
z dnia 13 marca 2023 r.

Regulamin funduszu zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Powiat Szczecinecki

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

- 1) ciężką lub przewlekłą chorobą;
- 2) długotrwałym leczeniem specjalistycznym i rehabilitacją leczniczą,
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu,
- 4) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, korekcyjnego niezbędnego do wykonywania zawodu lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie,
- 5) koniecznością skorzystania z usług protetyki dentystycznej ze względów zdrowotnych, zawodowych i estetycznych,
- 6) koniecznością zapewnienia dodatkowej opieki nauczycielowi.

2. Świadczenie obejmuje refundację całości lub części poniesionych przez nauczyciela kosztów:

- 1) zakupu leków ściśle związanych z chorobami nauczyciela zleconych przez lekarza (z wyłączeniem suplementów diety, ziół, paramedykamentów),
- 2) zakupu zleconych przez lekarza (w szczególności: sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, korekcyjnego niezbędnego do wykonywania zawodu lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie, szkielek korekcyjnych, usług protetycznych, protez, aparatów słuchowych),
- 3) opieki nad chorym w domu,
- 4) leczenia specjalistycznego, rehabilitacji.

§ 3. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:

- 1) rodzaju i przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela (zapewnienie dodatkowej opieki choremu, zakupu specjalistycznego sprzętu, leków, stosowania specjalnej diety, itp.),
- 2) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela wydatków związanych z leczeniem,
- 3) wysokości dochodu brutto przypadającego na jednego członka rodziny nauczyciela.

§ 4.1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, stanowiącego 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, rehabilitację, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie, szkielek korekcyjnych, usług protetycznych, protez, aparatów słuchowych, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki w domu, stosowania leków, specjalistycznej diety wystawione w okresie od 1 listopada roku poprzedzającego rok złożenia wniosku do dnia złożenia wniosku.
- 2) dokumenty potwierdzające koszty leczenia lub zakupów, o których mowa w § 2 ust. 2 (imiennie oryginały faktur lub rachunków), poniesione w okresie od 1 listopada roku poprzedzającego rok złożenia wniosku do dnia złożenia wniosku.
- 3) oświadczenie o wysokości dochodów brutto ze wszystkich źródeł przypadających na jednego członka rodziny, za okres trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, na druku stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.

§ 5.1. Wniosek wraz dokumentami, o których mowa w § 4 ust. 1 i 2 należy złożyć w Biurze Obsługi Interesanta Starostwa Powiatowego w Szczecinku, w zamkniętej kopercie z dopiskiem „wniosek o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli” do dnia 31 października danego roku.

2. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w § 4 ust. 2, wnioskodawca zostanie wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, wniosek pozostawiony będzie bez rozpatrzenia.

3. Wnioski rozpatrywane będą do dnia 10 grudnia danego roku.

4. W szczególnych przypadkach, tj. choroba nowotworowa, nagły wypadek, wniosek może zostać rozpatrzony w trybie pilnym, bez zachowania terminu, o którym mowa w ust. 3.

5. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do otrzymania pomocy.

§ 6. 1. Pomoc zdrowotna w ramach funduszu zdrowotnego może być udzielona wnioskodawcy jeden raz w danym roku.

2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, tj. choroba nowotworowa, nagły wypadek, pomoc może być przyznana uprawnionemu bez zachowania warunku, o którym mowa w ust. 1.

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

§ 8. 1. Decyzję o przyznaniu pomocy zdrowotnej i jej wysokości podejmuje Zarząd Powiatu Szczecineckiego.

2. O podjętej decyzji powiadamia się wnioskodawcę pisemnie.

3. Od podjętej decyzji nie przysługuje żaden środek odwoławczy.

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

### WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

#### 1. WNIOSKODAWCA

- 1) Imię i nazwisko .....
- 2) Adres zamieszkania.....
- 3) Dane do kontaktu (telefon/e-mail).....

#### 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 w związku z (właściwe zaznaczyć „X”):

- ciężką lub przewlekłą chorobą,
- długotrwałym leczeniem specjalistycznym i rehabilitacją leczniczą,
- długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu,
- koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, korekcyjnego niezbędnego do wykonywania zawodu lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie,
- koniecznością skorzystania z usług protetyki dentystycznej ze względów zdrowotnych, zawodowych i estetycznych,
- koniecznością zapewnienia dodatkowej opieki nauczycielowi.

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

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, rehabilitację, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub ułatwiającego dalsze funkcjonowanie, szkielek korekcyjnych, usług protetycznych, protez, aparatów słuchowych, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki w domu, stosowania leków, specjalistycznej diety wystawione w okresie od 1 listopada roku poprzedzającego rok złożenia wniosku do dnia złożenia wniosku
- imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia, wystawione nie wcześniej niż 1 listopada roku poprzedzającego rok złożenia wniosku —..... szt.;
- inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie):  
.....  
.....
- oświadczenie o wysokości dochodów brutto 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 o przekazanie 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 ochronie 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 Szczecinku, 78-400 Szczecinek, ul. Warcisława IV 16, wyłącznie w celu jego realizacji.
- 2) Zapoznałem (-am)\* się z treścią klauzuli informacyjnej.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić

## INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z rozporządzeniem 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 (dalej RODO) (Dz. U. UE L. z 2016 r. Nr 119, str.1) informujemy o przetwarzaniu danych osobowych w ramach Funduszu Zdrowotnego.

1. Administratorem danych osobowych w Starostwie Powiatowym w Szczecinku, jest Starosta Szczecinecki. Można się z nami skontaktować przesyłając korespondencję na adres: Starostwo Powiatowe w Szczecinku, ul. Warcisława IV 16, 78-400 Szczecinek, e-mail: starostwo@powiat.szczecinek.pl, lub telefonicznie: 94 3729200.
2. W sprawach dotyczących przetwarzania przez nas danych osobowych możesz się kontaktować z inspektorem ochrony danych kierując korespondencję na ww. adres z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych, lub na adres e-mail: iod@powiat.szczecinek.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe będziemy przetwarzać w związku z funkcjonowaniem Funduszu Zdrowotnego, w tym w celu rozpatrzenia wniosku, przyznania oraz ustalenia wysokości świadczenia, wypłaty i rozliczania przyznanych świadczeń. Podstawa prawna przetwarzania danych wynika z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w związku z przepisami art. 72, art. 53 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. *Karta Nauczyciela* oraz przepisy ustawy z dnia 29 września 1994 r. *o rachunkowości*, oraz ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. *o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach*.
4. Pani/Pana dane osobowe zostaną udostępnione w koniecznym zakresie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom obsługującym płatności, doręczającym korespondencję. Ponadto dostęp do danych osobowych będą miały podmioty dostarczające usługi techniczne i organizacyjne (np. zapewniające obsługę techniczną systemów teleinformatycznych, niszczenie dokumentacji) upoważnione na podstawie odrębnej umowy i działającym zgodnie z naszymi poleceniami.
5. Przekazane przez Panią/Pana dane osobowe będziemy przechowywać przez okres 10 lat.
6. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, ma Pani/Pan prawo żądać dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania nieprawidłowych danych lub ograniczenia przetwarzania (w przypadkach określonych w art. 18 ust. 1 RODO). W celu skorzystania z ww. praw należy złożyć pisemny wniosek w siedzibie Starostwa Powiatowego w Szczecinku lub przesłać na wskazany wyżej adres. Każde Pani/Pana żądanie zostanie przez nas rozpatrzone i poinformujemy o podjętych przez nas działaniach. Z uwagi na podstawę prawną przetwarzania danych nie będzie mogło być zrealizowane prawo do usunięcia danych, ich przenoszenia oraz do wyrażenia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
7. Jeżeli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, ma Pani/Pan prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z uchwały nr ..... Rady Powiatu w Szczecinku z dnia .....2023 r. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej.
9. Nie będziemy wykorzystywali Pani/Pana danych osobowych w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

### OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(adres zamieszkania)

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniósł w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na 1 osobę ..... zł (słownie) .....

\* 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 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)

