

Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i nauczycieli emerytów

Na podstawie Ustawa z 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (tekst. jedn.: Dz. U. z 2019 r. poz. 2215. oraz z 2021 r. poz. 4. - z późn. zm.) oraz Uchwały nr 161/11 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 24 października 2011 roku, ustala się następujący Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz dla nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne w Zespole Szkół Specjalnych w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym.

§ 1.

Ilekróć w zasadach jest mowa o:

1. jednostce oświatowej, placówce – rozumie się przez to Zespół Szkół Specjalnych w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym;
2. nauczycielu – rozumie się przez to pracownika jednostki oświatowej, o której mowa w pkt 1, podlegającego ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (tekst. jedn.: Dz. U. z 2019 r. poz. 2215. oraz z 2021 r. poz. 4. - z późn. zm.), a także nauczyciela emeryta, rencistę oraz nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne który przeszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne z tej jednostki;
1. regulamin - Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i nauczycieli emerytów.

§ 2.

1. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli w danym roku corocznie określa uchwała budżetowa Samorządu Województwa Mazowieckiego.
2. Dysponentem środków finansowych przekazywanych do jednostki oświatowej z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli jest dyrektor jednostki oświatowej.

§ 3.

1. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie bezzwrotnej zapomogi pieniężnej w wysokości do 1000 zł na pokrycie wydatków poniesionych w związku ze złym stanem zdrowia (np. ciężka lub przewlekła choroba, następstwa nieszczęśliwych wypadków, itp.).
2. Na wysokość przyznawanej zapomogi pieniężnej ma wpływ sytuacja materialna i życiowa nauczyciela.

§ 4.

1. Zapomoga pieniężna może być udzielona raz w roku budżetowym z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Zapomoga pieniężna przyznawana jest w szczególności na pokrycie:
 - 1) zwiększonych kosztów leczenia spowodowanych ciężką lub przewlekłą chorobą nauczyciela;
 - 2) kosztów korzystania z pomocy specjalistycznej (w tym badań specjalistycznych);
 - 3) kosztów zakupu sprzętu do rehabilitacji, korekcji, w tym szkieł korekcyjnych;
 - 4) kosztów usług protetyki dentystycznej;
 - 5) kosztów leczenia w szpitalu uzdrowiskowym;
 - 6) kosztów koniecznych działań o charakterze profilaktycznym w zakresie szczepień ochronnych.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach związanych z ciężką i/lub przewlekłą chorobą zapomoga pieniężna może zostać przyznana po raz drugi.

§ 5.

1. Zwrot kosztów poniesionych na zakup szkieł korekcyjnych przysługuje każdemu nauczycielowi i nauczycielowi emerytowi nie częściej niż co trzy lata.
2. Do podania należy dołączyć zaświadczenie lekarskie lub oświadczenie o potrzebie stosowania szkieł korekcyjnych podczas pracy zawodowej. Niewymagane jest złożenie załącznika nr 2, tj. oświadczenia o średnim dochodzie brutto przypadającym na 1 osobę w rodzinie.
3. Minimalna kwota zwrotu kosztów za szkła korekcyjne wynosi 300 zł.

§ 6.

1. Wniosek o przyznanie zapomogi pieniężnej nauczyciel składa do dyrektora jednostki oświatowej w miejscu zatrudnienia (zał. nr 1).
2. Wniosek o przyznanie zapomogi pieniężnej powinien zawierać oświadczenie o średnim dochodzie brutto przypadającym na jedną osobę w rodzinie (zał. nr 2).

W uzasadnionych przypadkach dyrektor może odstąpić od wymogu udokumentowania dochodu rodziny.

3. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2, powinno być wypełnione nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku o przyznanie zapomogi pieniężnej.
4. Wzór wniosku o przyznanie zapomogi pieniężnej w ramach pomocy zdrowotnej stanowi załącznik nr 1 do niniejszych zasad.
5. Do wniosku o którym mowa ust. 1 należy dołączyć:
 - 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela;
 - 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (faktury, rachunki, paragony kasowe wraz z oświadczeniem, że dane koszty zostały poniesione przez nauczyciela na usługi, leki lub inne środki zakupione do osobistego wykorzystania);
 - 3) oświadczenie o którym mowa w ust. 2.
 - 4) Oświadczenie stanowiące załącznik nr 3 do regulaminu.

§ 7.

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach związanych ze stanem zdrowia nauczyciela z wnioskiem o przyznanie zapomogi pieniężnej – za zgodą nauczyciela – może wystąpić wskazana przez nauczyciela osoba trzecia.
2. W przypadku nauczyciela ubezwłasnowolnionego częściowo lub całkowicie z wnioskiem o przyznanie zapomogi pieniężnej może wystąpić odpowiednio kurator lub opiekun prawny nauczyciela.

§ 8.

1. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do przyznania pomocy zdrowotnej.
2. Wniosek o przyznanie zapomogi wraz z załącznikami, o których mowa w § 5 nauczyciel składa do dyrektora szkoły do dnia 30 września danego roku.
3. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, nauczyciel zostaje wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.
4. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia o czym nauczyciel zostanie poinformowany pisemnie.
5. Wnioski o pomoc zdrowotną rozpatrywane są w terminie do dnia 31 października danego roku.
6. W szczególnie uzasadnionych przypadkach zapomoga pieniężna może zostać przyznana w innym terminie niż wskazany w ust.5

7. W przypadku zatrudnienia nauczyciela w kilku szkołach, wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej składa się tylko w jednej ze szkół.
8. Dyrektor może powołać komisję ds. opiniowania wniosków o udzielenie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli/nauczycieli emerytów/rencistów. Obrady komisji są objęte całkowitą tajemnicą, a członków komisji obowiązuje pełna dyskrecja.

§ 9.

Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.

Zespół Szkół Specjalnych
w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy
w Dziekanowie Leśnym


Dyrektor mgr Anna Kotecka

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ZAPOMOGI PIENIĘŻNEJ W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ**

1. DANE NAUCZYCIELA/NAUCZYCIELA EMERYTA, RENCISTY, NAUCZYCIELA POBIERAJĄCEGO NAUCZYCIELSKIE ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE*

Nazwisko i imię:

Adres zamieszkania:

Nazwa i adres jednostki oświatowej**:

Średni dochód brutto przypadający na jednego członka mojej rodziny wynosi:
(słownie:)

2. UZASADNIENIE WNIOSKU

.....
.....
.....
.....

3. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

.....
.....
.....

W przypadku przyznania mi zapomogi na pomoc zdrowotną proszę o przesłanie jej:

1) Na rachunek bankowy:

Nazwa banku i numer rachunku

2) Przekazem pocztowym na adres

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów prowadzonego postępowania o przyznanie zapomogi pieniężnej.

Administratorem danych osobowych jest:

.....
data i podpis nauczyciela lub osoby reprezentującej interesy nauczyciela

OPINIA DYREKTORA

Po zapoznaniu się z wnioskiem w dniu

przyznaję zapomogę pieniężną w wysokości

słownie zł

Nie przyznaję zapomogi pieniężnej z powodu

.....

.....

.....
data i podpis dyrektora

* - właściwe podkreślić

** - w przypadku nauczyciela emeryta, nauczyciela rencisty lub nauczyciela pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne wnioskodawca podaje szkołę, z której odszedł na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

OŚWIADCZENIE

o średnim dochodzie brutto przypadającym na jedną osobę w rodzinie

.....
Nazwisko i imię nauczyciela

.....
Adres i telefon

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 prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)	
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, podzielony przez 3)	

* 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), uzyskany w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną

Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku

- Świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.
- Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.
- Zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych oraz członków mojej rodziny. Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a i c 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) (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119/1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, danych osobowych członków mojej rodziny przez Administratora Starostwo Powiatu Warszawskiego Zachodniego.
- Oświadczam, iż zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną przekazaną art. 13 rozporządzenia o ochronie danych zwanego RODO.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

*Załącznik nr 3 do Regulaminu przyznawania
pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i
nauczycieli emerytów w Zespole Szkół
Specjalnych w SZPZOZ im. Dzieci Warszawy
w Dziekanowie Leśnym*

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że poniesione koszty leczenia (faktury, rachunki, paragony kasowe) zostały przeznaczone przeze mnie na usługi, leki i inne środki zakupione do osobistego wykorzystania.

.....
(podpis wnioskodawcy)

UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 29 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.U.UE.L.2016.119.1) – dalej RODO (GDPR), niniejszym

UPOWAŻNIAM

panią/pana* – członka Komisji ds. opiniowania wniosków o udzielenie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli/nauczycieli emerytów/rencistów do przetwarzania danych osobowych zawartych w następujących zbiorach:

Ewidencja osób korzystających z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz dla nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne w Zespole Szkół Specjalnych w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym.

Upoważnienie obejmuje uprawnienie do przetwarzania danych w zakresie:

- imiona i nazwiska osób uprawnionych do korzystania z pomocy zdrowotnej;
- adresy zamieszkania, numery kont;
- oświadczenia/informacji o dochodach osób uprawnionych do korzystania z pomocy zdrowotnej;
- dokumentacji potwierdzającej zasadność ubiegania się osoby uprawnionej do korzystania o przyznanie określonej formy pomocy zdrowotnej (zaświadczenia lekarskie, dokumenty potwierdzające koszty leczenia.

Dane osobowe w w/w zakresie przetwarzane są na nośnikach papierowych oraz elektronicznie.

Operacje na danych osobowych, jakie może dokonywać upoważniony do przetwarzania

danych osobowych to:

- bez ograniczeń;
- podgląd danych;
- wprowadzanie danych;
- zmienianie danych*

Okres ważności upoważnienia:

Upoważnienie jest ważne od dnia do dnia/ na czas członkostwa w Komisji ds. opiniowania wniosków o udzielenie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli/nauczycieli emerytów/rencistów *.

.....

(podpis Administratora Danych Osobowych)

Pouczenie:

Osoba, która została upoważniona do przetwarzania danych osobowych, zobowiązana jest zachować te dane oraz sposoby zabezpieczania w tajemnicy.

Przyjęto do wiadomości i stosowania:

.....

(data i czytelny podpis osoby upoważnionej)

**niepotrzebne skreślić*