

**UCHWAŁA NR XXXI/240/2021  
RADY POWIATU SIERADZKIEGO**

z dnia 25 lutego 2021 r.

**w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek prowadzonych przez powiat sieradzki oraz warunków i sposobu ich przyznawania**

Na podstawie art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 920), w zw. z art. 72 ust. 1 oraz art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2215 oraz z 2021 r. poz. 4), Rada Powiatu Sieradzkiego uchwała, co następuje:

**§ 1.** Określa się rodzaj świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek prowadzonych przez powiat sieradzki oraz warunki i sposób ich przyznawania w formie Regulaminu stanowiącego załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Traci moc Uchwała nr VII/34/2007 Rady Powiatu Sieradzkiego z dnia 27 kwietnia 2007 roku w sprawie rodzaju świadczeń przyznawanych nauczycielom szkół i placówek oświatowo - wychowawczych prowadzonych przez Powiat Sieradzki, w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

**§ 3.** Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu w Sieradzu.

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

Przewodnicząca Rady Powiatu  
Sieradzkiego

**Olga Kołoszczyk**

**Regulamin określający rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek prowadzonych przez powiat sieradzki oraz warunków i sposobu ich przyznawania**

§ 1. 1. Niniejszy regulamin dotyczy pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek, dla których organem prowadzącym jest powiat sieradzki.

2. Regulamin określa:

- 1) rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej;
- 2) warunki i sposób przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

§ 2. 1. Rodzajem pomocy zdrowotnej udzielanej nauczycielowi jest 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.
- 6) rehabilitacją związaną z długotrwałą chorobą lub wypadkiem.

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) dofinansowania badań specjalistycznych, konsultacji i hospitalizacji;
- 5) zakupu niezbędnych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych zleconych przez lekarza;
- 6) dodatkowej opieki nad chorym w domu, korzystania z usług pielęgnacyjno – opiekuńczych.

4. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależnia się od:

- 1) rodzaju i przebiegu choroby, w szczególności choroby zawodowej;
- 2) wysokości udokumentowanych kosztów leczenia poniesionych przez nauczyciela, o których mowa w odniesieniu do sytuacji materialnej nauczyciela;
- 3) wysokości dochodu przypadającego na członka rodziny nauczyciela;
- 4) wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie powiatu sieradzkiego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

§ 3. 1. Warunkiem przyznania zapomogi jest złożenie przez nauczyciela do Starosty Powiatu Sieradzkiego w terminie do 10 maja/10 października roku kalendarzowego, wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia/kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, wydane w okresie nie dłuższym niż miesiąc przed terminem złożenia wniosku;

- 2) 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 zamieszkujących i 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, stanowiące załącznik nr 2 do Regulaminu (PIT wnioskodawcy do wglądu, zaś małżonka wnioskodawcy tylko jeśli rozlicza się wspólnie z wnioskodawcą. W zakresie dochodu pozostałych osób wnioskodawca składa oświadczenie);
- 4) oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku, o przyznaniu pomocy zdrowotnej i w jego załącznikach stanowiące załącznik nr 3 do Regulaminu.

3. Pomoc zdrowotna może być udzielona 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.

6. Wniosek wraz z załącznikami, o których mowa w ust. 2, nauczyciel składa w kancelarii ogólnej Starostwa Powiatowego w Sieradzu, pl. Wojewódzki 3, osobiście lub drogą pocztową, w kopercie z dopiskiem „Wniosek o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli”.

7. Wnioski bez wymaganej dokumentacji nie podlegają rozpatrzeniu.

8. Wnioski ewidencjonowane są w rejestrze wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.

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

- 1) przedstawiciel zarządu powiatu jako jej przewodniczący;
- 2) przedstawiciel wydziału ds. edukacji;
- 3) przedstawiciel wydziału do spraw finansów i budżetu.

2. Zadaniem Komisji Zdrowotnej jest:

- 1) analiza formalna złożonych wniosków;
- 2) opiniowanie zasadności przyznania świadczenia;
- 3) proponowanie wysokości świadczenia.

3. Członkowie Komisji składają oświadczenie o zachowaniu tajemnicy wszystkich danych, do których mieli dostęp w związku z pracami Komisji Zdrowotnej.

4. Posiedzenia Komisji Zdrowotnej odbywają się dwa razy w roku (w czerwcu i listopadzie).

5. Z odbytych posiedzeń Komisji Zdrowotnej sporządza się protokół, w którym odnotowuje się w szczególności:

- 1) liczbę rozpatrzonych wniosków ogółem;
- 2) liczbę wniosków rozpatrzonych pozytywnie;
- 3) liczbę wniosków rozpatrzonych negatywnie;
- 4) imię, nazwisko nauczyciela ubiegającego się o świadczenie oraz nazwę szkoły/placówki, w której jest/był zatrudniony oraz określenie czy jego wniosek został rozpatrzony pozytywnie;
- 5) uzasadnienie opinii dotyczącej wniosku.

6. Zarząd Powiatu Sieradzkiego po wcześniejszej analizie protokołu, o którym mowa w §4 ust. 5 podejmuje ostateczną decyzję co do przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

7. O podjętej decyzji powiadamia się wnioskodawcę pisemnie.

8. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na wskazane przez niego konto bankowe.

**§ 5.** W przypadku uzyskania przez nauczyciela pomocy zdrowotnej na podstawie fałszywych danych nauczyciel, który uzyskał pomoc zdrowotną, obowiązany jest do jej natychmiastowego zwrotu, jako nienależnie pobranego świadczenia.



## II. Część wypełniana przez dyrektora szkoły/placówki oświatowej.

Niniejszym potwierdzam, iż pan/pani ..... jest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.:

1) jest zatrudniona/y na stanowisku .....

w.....

(nazwa szkoły/placówki)

w wymiarze ..... etatu;

2) jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę/rentę/świadczenie kompensacyjne (*niepotrzebne skreślić*) zatrudniony był w

.....

(nazwa szkoły/placówki)

.....

.....

(miejscowość, data)

(podpis i pieczęć dyrektora szkoły)

## III. Część wypełniana przez Komisję.

Komisja powołana przez Zarządu Powiatu Sieradzkiego w celu rozpatrzenia wniosków nauczycieli o przyznanie pomocy zdrowotnej, opiniuje **pozytywnie/negatywnie** (*niepotrzebne skreślić*) wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej i proponuje przyznać świadczenie w wysokości ..... zł (słownie .....)

odmówić przyznania świadczenia (*niepotrzebne skreślić*).

Uzasadnienie opinii odnośnie przyznania świadczenia:

.....

.....

.....

.....

Podpisy członków Komisji:

Przewodniczący .....

Członek .....

Członek .....

## IV. Część wypełniana przez Starostę Sieradzkiego.

Przyznaję świadczenie w wysokości ..... zł .....

(kwota słownie)

.....

Odmawiam przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej (*niepotrzebne skreślić*).

Uzasadnienie odmowy przyznania świadczenia:

.....

.....

.....

.....

(miejscowość, data)

(podpis i pieczęć starosty)

**OŚWIADCZENIE**  
**o miesięcznych dochodach brutto**

1. Imię i nazwisko .....

2. Adres zamieszkania .....

3. Oświadczenie o dochodach składane w ramach wnioskowania o przyznanie pomocy zdrowotnej:

1	Liczba osób zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela.	
2	Dochód* brutto nauczyciela, ubiegającego się o przyznanie pomocy zdrowotnej z roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.	zł
3	Dochód* brutto pozostałych osób zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela, ubiegającego się o przyznanie pomocy zdrowotnej, z roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.	osoba 1      zł
		osoba 2      zł
		osoba 3      zł
		osoba 4      zł
4	Łączny dochód brutto osób zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela (poz. 2 + poz. 3).	zł
5	Średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę zamieszkującą i prowadzącą wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela (poz. 4 / poz. 1/12 m-cy).	zł

\* wysokość dochodów ze wszystkich źródeł podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, dochód ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło, praw autorskich itp.), uzyskanych w roku kalendarzowym poprzedzającym rok złożenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

.....

(miejsowość, data) (czytelny podpis nauczyciela)

### 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 jest Starosta Sieradzki, plac Wojewódzki 3, 98-200 Sieradz, adres e-mail: starostwo@powiat-sieradz.pl, tel. 43 8220501.

2. Inspektorem ochrony danych w Starostwie Powiatowym w Sieradzu jest pani Magdalena Kuszmidler, e-mail: magdalena@kuszmidler.com.pl ;

3. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać **w celu prawidłowej realizacji procesu rozpatrzenia złożonego wniosku o przyznanie zapomogi w ramach pomocy zdrowotnej** na podstawie Pani/Pana zgody wyrażonej w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a RODO w związku z art. 72 ust. 1 oraz art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku Krata Nauczyciela oraz art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym.

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

6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych przysługuje Pani/Panu:

- a) prawo dostępu do treści danych,
- b) prawo do sprostowania danych,
- c) prawo do usunięcia danych,
- d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych,
- e) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych jeśli jest to niezgodne z celem lub stanowią o tym przepisy prawa.

7. 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.

8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem zrealizowania celu określonego w pkt. 3.

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

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

---

(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 zapomogi w ramach pomocy zdrowotnej i w jego załącznikach, w celu rozpatrzenia przedmiotowego wniosku i ewentualnego przyznania zapomogi.

---

(data i podpis Wnioskodawcy)