

## **Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Gliwicach**

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 16 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r. poz. 1984 z późn. zm.)
2. Art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40 z późn. zm.)
3. Uchwała Rady Miasta Gliwice LII/1080/2023 r. z dnia 14 grudnia 2023 r. w sprawie przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Miasto Gliwice oraz dla nauczycieli emerytów, rencistów i pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

§ 1.1. Pomoc zdrowotna jest przyznawana nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej w związku z:

- 1) przewlekłą lub ciężką chorobą nauczyciela wymagającą stałych konsultacji lekarskich, ciągłego przyjmowania leków,
- 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym lub poszpitalnym,
- 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,
- 4) rehabilitacją związaną z chorobą lub wypadkiem.

2. W ramach pomocy zdrowotnej ustala się następujące rodzaje świadczeń:

- 1) dofinansowanie poniesionych wydatków związanych z zakupem leków, sprzętu medycznego lub rehabilitacyjnego,
- 2) dofinansowanie długotrwałego leczenia szpitalnego lub leczenia specjalistycznego,
- 3) dofinansowanie badań specjalistycznych,
- 4) dofinansowanie długotrwałej rehabilitacji związanej z chorobą.

§ 2. Refundacji nie podlegają:

- 1) koszty poniesione w związku z leczeniem sanatoryjnym,
- 2) koszty poniesione w związku z zakupem suplementów diety,
- 3) koszty poniesione na zakup leków stosowanych w leczeniu infekcji sezonowych,
- 4) koszty zakupu szkieł i oprawek okularów,
- 5) koszty związane z leczeniem stomatologicznym.

§ 3. Wysokość przyznawanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela,
- 2) wysokości udokumentowanych i poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia,
- 3) sytuacji materialnej wnioskodawcy,
- 4) wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie Miasta Gliwice na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz liczby pozytywnie rozpatrzonych wniosków.

§ 4.1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest na wniosek złożony przez nauczyciela lub upoważnioną przez niego osobę, jeśli stan zdrowia nie pozwala podejmować tych czynności osobiście i adresowany jest do Prezydenta Miasta Gliwice.

2. Do wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej należy dołączyć:
  - 1) zaświadczenie lekarskie lub inne dokumenty opisujące przebieg leczenia w sposób pozwalający na dokonanie oceny poniesionych wydatków pod kątem ich kwalifikowalności dla celów wskazanych w § 1 uchwały, wystawione nie później niż 12 miesięcy przed datą złożenia wniosku,
  - 2) imienne faktury potwierdzające poniesienie kosztów związanych z leczeniem, z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku,
  - 3) oświadczenie wnioskodawcy o wysokości średniego miesięcznego dochodu brutto – osiąganego ze wszystkich źródeł przychodu – z trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadającego na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym .
3. Nauczyciel składa wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej w terminie do 10 dnia każdego miesiąca w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, która jest podstawowym miejscem zatrudnienia tego nauczyciela.
4. Nauczyciel po przejściu na emeryturę, rentę z tytułu niezdolności do pracy lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne składa wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej w szkole lub placówce oświatowej, która była jego ostatnim miejscem zatrudnienia lub która sprawuje opiekę socjalną nad nauczycielem.
5. Wniosek nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej, dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej po uprzednim zweryfikowaniu pod względem formalnym, przekazuje do Prezydenta Miasta Gliwice w terminie do 15 dnia każdego miesiąca.
6. Wnioski niekompletne, bez wymaganej dokumentacji nie podlegają rozpatrzeniu.

§ 5.1. O przyznaniu pomocy zdrowotnej lub odmowie jej przyznania decyduje Prezydent Miasta Gliwice.

2. O podjętej decyzji powiadamia się wnioskodawcę pisemnie.

Spis załączników:

1. Zasady przyznawania pomocy zdrowotnej z uwzględnieniem sytuacji materialnej wnioskodawcy
2. Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli
3. Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach brutto przypadających na członka rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną

Z-CA DYREKTORA PORADNI  
PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ  
*I. Witosz-Mozych*  
mgr Izabela Witosz-Mozych



Zasady przyznawania pomocy zdrowotnej z uwzględnieniem sytuacji materialnej wnioskodawcy

Wysokość średniego dochodu brutto na członka rodziny w gospodarstwie wieloosobowym z trzech miesięcy kalendarzowych poprzedzających złożenie wniosku	Przyznana pomoc
do 100% wynagrodzenia minimalnego	100% poniesionych kwalifikowanych kosztów leczenia - nie więcej niż kwota określona w § 1 zarządzenia
od 100% do 120% wynagrodzenia minimalnego	do 75% poniesionych kwalifikowanych kosztów leczenia nie więcej niż kwota określona w § 1 zarządzenia
powyżej 120% min. wynagrodzenia minimalnego	do 50% poniesionych kwalifikowanych kosztów leczenia nie więcej niż kwota określona w § 1 zarządzenia

Wysokość dochodu brutto na osobę w gospodarstwie jednoosobowym z trzech miesięcy kalendarzowych poprzedzających złożenie wniosku	Przyznana pomoc
do 120% wynagrodzenia minimalnego	100% poniesionych kwalifikowanych kosztów leczenia nie więcej niż kwota określona w § 1 zarządzenia
od 120% do 140% wynagrodzenia minimalnego	do 75% poniesionych kwalifikowanych kosztów leczenia nie więcej niż kwota określona w § 1 zarządzenia
powyżej 140% wynagrodzenia minimalnego	do 50% poniesionych kwalifikowanych kosztów leczenia nie więcej niż kwota określona w § w § 1 zarządzenia



### Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Miasto Gliwice oraz dla nauczycieli emerytów, rencistów i pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

<b>Data wpływu do placówki</b>	..... dzień	..... miesiąc	..... rok												
<b>DANE WNIOSKODAWCY</b>															
<b>Imię i nazwisko wnioskodawcy</b>															
<b>Numer PESEL</b>															
<b>Numer telefonu</b>															
<b>Adres email</b> (wpisać jeśli wnioskodawca posiada)															
<b>Adres zamieszkania i adres korespondencyjny</b> (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)															
<b>Wniosek dotyczy</b> (zaznaczyć właściwe „X”)	<input type="checkbox"/> Nauczyciela czynnego zawodowo														
	<input type="checkbox"/> Nauczyciela emeryta/rencisty/otrzymującego świadczenie kompensacyjne														
<b>Miejsce zatrudnienia /ostatnie miejsce zatrudnienia</b>															
<b>Wymiar zatrudnienia łącznie<sup>1</sup></b>															
<b>ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU</b>															
<p>1. zaświadczenie lekarskie lub inne dokumenty, opisujące przebieg leczenia w sposób pozwalający na dokonanie oceny poniesionych wydatków pod kątem ich kwalifikowalności dla celów wskazanych w § 1 uchwały Rady Miasta Gliwice LII/1080/2023 z dnia 14.12.2023 r., wystawione nie później niż 12 miesięcy przed datą złożenia wniosku – w ilości ..... sztuk;</p> <p>2. imienne faktury potwierdzające poniesienie kosztów związanych z leczeniem, z trzech ostatnich miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku – w ilości ..... sztuk;</p> <p>3. zaświadczenia o wymiarze zatrudnienia - w przypadku nauczyciela zatrudnionego w kilku placówkach w wymiarze mniejszym niż ½ etatu w każdej z nich – w ilości ..... sztuk;</p>															
<b>NUMER RACHUNKU BANKOWEGO, NA KTÓRY NALEŻY PRZEKAZAĆ POMOC ZDROWOTNĄ</b>															
..... (data i czytelny podpis wnioskodawcy)															
<b>OŚWIADCZENIE O DOCHODACH</b>															
<p>Oświadczam, że wysokość średniego miesięcznego dochodu brutto osiąganego ze wszystkich źródeł przychodu, z trzech miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, tj. w okresie od ..... do ..... przypadająca na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ..... zł</p>															
..... (podpis wnioskodawcy)															

<sup>1</sup> Na podstawie art. 22 ust.3 i art. 91b ust. 1 Karty Nauczyciela pomoc zdrowotna przysługuje nauczycielowi zatrudnionemu w wymiarze co najmniej ½ obowiązującego wymiaru zajęć. Zatrudnienie na podstawie Karty Nauczyciela z kilku szkół sumuje się i potwierdza stosownymi zaświadczeniami. Nie dotyczy nauczycieli emerytów/rencistów/otrzymujących świadczenie kompensacyjne.

**WYPEŁNIA PLACÓWKA (nie dotyczy wniosku składanego przez dyrektora)**

Działając na podstawie § 4 ust. 5 załącznika do uchwały nr LII/1080/2023 Rady Miasta Gliwice z dnia 14 grudnia 2023 r. w sprawie przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Miasto Gliwice oraz dla nauczycieli emerytów, rencistów i pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne weryfikuję wniosek pod względem formalnym oraz :

- 1.potwierdzam zatrudnienie nauczyciela w wymiarze co najmniej ½ obowiązującego wymiaru zajęć;
- 2.potwierdzam, że wnioskodawca jest nauczycielem, który przeszedł na emeryturę/rentę/nauczycielskie świadczenie kompensacyjne i jego ostatnie miejsce pracy to:

- .....
3. Potwierdzam prawidłowość i kompletność załączonych dokumentów;
  4. wnoszę uwagi do załączonych dokumentów:

**UWAGI**

.....  
(pieczęćka placówki)

.....  
(data i podpis dyrektora szkoły lub placówki)

<b>INFORMACJA SZCZEGÓŁOWA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH<sup>1</sup></b> (dla wnioskodawcy)	
<b>Dane Administratora Danych</b>	Administratorem danych osobowych jest Prezydent Miasta Gliwice z siedzibą w Urzędzie Miejskim w Gliwicach przy ul. Zwycięstwa 21, 44-100.
<b>Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych</b>	Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować: 1. pocztą elektroniczną poprzez e-mail: <a href="mailto:iod@um.gliwice.pl">iod@um.gliwice.pl</a> 2. pocztą tradycyjną na adres: Inspektor Ochrony Danych, Urząd Miejski w Gliwicach, ul. Zwycięstwa 21, 44-100 Gliwice 3. poprzez skrzynkę ePUAP Urzędu Miejskiego w Gliwicach: /UMGliwice/SkrzynkaESP.
<b>Cele i podstawa prawna przetwarzania danych osobowych</b>	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane: 1. w celu przyjęcia i rozpatrzenia wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Miasto Gliwice oraz dla nauczycieli emerytów, rencistów i pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne. 2. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO) w związku z regulaminem zatwierdzonym uchwałą nr VII/133/2019 Rady Miasta Gliwice z dnia 11 lipca 2019 r.
<b>Odbiorcy danych osobowych</b>	Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem: 1. podmiotów uprawnionych przepisami prawa, 2. podmiotów świadczących wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych, w których Państwa dane osobowe są przetwarzane. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
<b>Okres przechowywania danych osobowych</b>	1. Dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do realizacji celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wyznaczonym przepisami prawa. 2. Po zrealizowaniu celu, dla którego dane zostały zebrane, mogą one być przechowywane jedynie w celach archiwalnych przez okres, który wyznaczony zostanie na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej.
<b>Prawa osób, których dane dotyczą, w tym dostępu do danych osobowych</b>	Każda osoba, której dane dotyczą ma prawo do: wystąpienia z żądaniem dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania (poprawiania), a w przypadkach uregulowanych przepisami prawa - do usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
<b>Sposoby realizacji przysługujących praw</b>	Powyższe uprawnienia mogą Państwo realizować: 1. składając w formie tradycyjnej odręcznie podpisane pismo w Urzędzie Miejskim w Gliwicach, 2. drogą elektroniczną wysyłając pismo ogólne dostępne na platformie ePUAP, potwierdzone Profilem Zaufanym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym.
<b>Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego</b>	Jeśli przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
<b>Informacja o wymogu/ dobrowolności podania danych oraz konsekwencjach niepodania danych osobowych</b>	Podanie danych osobowych jest wymagane w sytuacji, gdy podstawę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa. W takim przypadku uchylanie się od podania danych osobowych może skutkować konsekwencjami wynikającymi z tych przepisów.
<b>Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie</b>	W Urzędzie nie ma miejsca zautomatyzowane podejmowanie decyzji ani profilowanie.
<b>Informacje dodatkowe</b>	Prezydent Miasta Gliwice i miejskie jednostki organizacyjne (wymienione w Regulaminie Organizacyjnym Urzędu Miejskiego w Gliwicach, w tabeli nr 1 „Wykaz miejskich jednostek organizacyjnych”) są współadministratorami danych osobowych zgodnie z ustaleniami przyjętymi zarządzeniem organizacyjnym nr 84/19 Prezydenta Miasta Gliwice z dnia 12.08.2019 r.

<sup>1</sup> Realizacja obowiązku informacyjnego w związku z 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).





**Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach brutto przypadających na członka rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną.**

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(adres i nr telefonu)

---

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że moje miesięczne dochody brutto i wszystkich osób pozostających ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym w przeliczeniu na 1 osobę z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynoszą \*.....

.....  
Ilość osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) .....

\* Wysokość dochodu ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu ( do dochodu wlicza się wszystkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

