

**UCHWAŁA NR XIV/114/19  
RADY MIEJSKIEJ RADZYŃ CHEŁMIŃSKIEGO**

z dnia 27 listopada 2019 r.

**zmieniająca uchwałę w sprawie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania.**

Na podstawie art.72 ust.1 i ust.4, art. 91b ust.1 oraz art.91d pkt1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018 r. poz. 967 z późn. zm.), uchwała się, co następuje:

**§ 1.** W uchwale Nr XI/79/07 Rady Miejskiej Radzyń Chełmińskiego z dnia 4 grudnia 2007r. w sprawie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dziennik Urzędowy Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 29 stycznia 2008r. poz. 132), wprowadza się następujące zmiany:

1) § 5.1. otrzymuje brzmienie:

„§ 5.1. Wnioski nauczycieli o przyznanie pomocy zdrowotnej, za wyjątkiem szczególnych okoliczności, o których mowa w § 2. ust. 3, rozpatrywane są raz w roku do dnia 30 listopada”.

2) w § 5 dodaje się pkt. 4 o następującej treści:

„4) Warunkiem przyznania świadczenia pieniężnego jest złożenie przez nauczyciela wniosku, którego wzór stanowi załącznik do niniejszej uchwały, do dnia 31 października każdego roku”.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta i Gminy Radzyń Chełmiński.

**§ 3.** Uchwała podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Kujawsko-Pomorskiego i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020r.

Przewodniczący Rady  
Miejskiej

**Jan Michaliszyn**

### **Uzasadnienie**

Przedłożony projekt uchwały w sprawie zmiany uchwały w sprawie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania związany jest uwagami Komisji do spraw rozpatrywania wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej nauczycielom, powołanej drogą Zarządzenia Burmistrza Miasta i Gminy w Radzynie Chełmińskim nr 15/2008 z dnia 23.04.2008r w sprawie powołania komisji do spraw rozpatrywania wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej nauczycielom. W związku z rosnącą liczbą składanych wniosków w pierwszym kwartale każdego roku oraz brakiem możliwości wprowadzania zmian do wyodrębnionego funduszu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli – Komisja nie ma możliwości równego traktowania wszystkich wnioskodawców. Proponowane zmiany w uchwale umożliwią sprawiedliwy podział środków wyodrębnionego funduszu – podzielonego na podstawie jednoczesnego rozpatrzenia wszystkich złożonych wniosków.

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

### I. Wnioskodawca:

.....  
Nauczyciel (imię i nazwisko)

.....  
Adres zamieszkania, telefon

.....  
Czynny, emerytowany, przebywający na rencie – *wpisać jedną z możliwości*

.....  
Miejsce pracy (podstawowe), *dla emerytów/rencistów - byłe miejsce pracy*

### II. Uzasadnienie wniosku:

### III. Załączniki do wniosku:

1. aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia,
2. dokumenty potwierdzające koszty leczenia za okres 12 m-cy poprzedzających złożenie wniosku (*tylko faktury i rachunki imienne*),  *bądź oświadczenie o kwocie przewidywanych kosztów leczenia;*
3. oświadczenie o przeciętnych miesięcznych dochodach (brutto) na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających termin złożenia wniosku,
4. oświadczenie o uzyskaniu lub staraniu się o uzyskanie pomocy zdrowotnej z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych,
5. oświadczenie o kosztach leczenia,
6. zgodę na przetwarzanie danych osobowych,

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis osoby ubiegającej się o pomoc zdrowotną

# OŚWIADCZENIA

.....  
nazwisko i imię

.....  
adres

1. Oświadczam, że moje przeciętne miesięczne dochody (brutto) na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających termin złożenia wniosku wyniosły .....
2. Oświadczam, że nie/uzyskałem/łam\*, nie/staralem/łam\* się o uzyskanie pomocy zdrowotnej z zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w bieżącym roku kalendarzowym.
3. Oświadczam, że koszty mojego leczenia w okresie 12 m-cy poprzedzających złożenie wniosku wyniosły ..... złotych, czego dowodem są przedłożone imienne rachunki/faktury/inne\*
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/96/WE (ogólnie rozporządzenie o ochronie danych - RODO ) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zawartych w niniejszym wniosku przez Burmistrza Miasta i Gminy Radzyń Chełmiński z siedzibą Plac Towarzystwa Jaszczurczego 9, 87-220 Radzyń Chełmiński w celu realizacji wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

.....  
(data i podpis wnioskodawcy składającego oświadczenie)

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/96/WE (ogólnie rozporządzenie o ochronie danych - RODO) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1); informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrza Miasta i Gminy Radzyń Chełmiński z siedzibą Plac Towarzystwa Jaszczurczego 9, 87-220 Radzyń Chełmiński, zwany dalej Burmistrzem, który prowadzi operację przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych: Panem Krystianem Sumińskim tel.: 56/6886010, wew. 157, e-mail: krystian.suminski@radzynchelminski.eu
3. Pani/Pana dane osobowe Burmistrz pozyskał w procesie rozpatrywania wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej i będą przetwarzane w celu przyznania pomocy zdrowotnej po wyrażeniu na to uprzedniej zgody - na podstawie art. 6 ust. 1 lit a) RODO oraz będą udostępniane innym odbiorcom takim jak: dyrektor szkoły, księgowość Zespołu Szkół.
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
5. Dane Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat, lub do czasu zgłoszenia sprzeciwu przez osobę, której dane dotyczą – wycofanie zgody.
6. Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do swoich danych oraz żądania od Burmistrza sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych osobowych, do wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania oraz cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem na adres: Pl. Towarzystwa Jaszczurczego 9, 87-220 Radzyń Chełmiński lub e-mail: sekretariat@radzynchelminski.eu
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Informuje Panią/Pana, że podanie danych osobowych nie jest obowiązkowe, ale niezbędne w celu przyznania pomocy zdrowotnej. Wycofanie zgody (prawo wymienione w punkcie 6) na przetwarzanie danych spowoduje umorzenie postępowania w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej.
9. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu oraz przekazywaniu państwu trzecim.

\* **właściwie podkreślić**

**IV. Opinia dyrektora szkoły:**

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

**V. Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:**

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

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

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

**VI. Decyzja Burmistrza:**

Przyznaję/nie przyznaję\* zasiłek pieniężny w wysokości ..... zł.,

słownie złotych .....

Radzyń Chełmiński, .....  
miejsowość, data

.....  
pieczęć, podpis Burmistrza

\* niepotrzebne skreślić