

w sprawie powołania Komisji pełniącej funkcję opiniodawczą złożonych wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz określenia regulaminu pracy Komisji

Na podstawie art.30 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1465 z późn. zm.) oraz § 4 uchwały nr 257 /XXXVIII/2017 Rady Miasta i Gminy Szczokociny z dnia 28 listopada 2017 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Śląskiego z dnia 4 grudnia 2017, poz. 6508), Burmistrz Miasta i Gminy Szczokociny

zarządza co następuje:

§ 1

1. Powołuje się komisję do spraw rozpatrywania wniosków o przyznanie pomocy z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli, w tym nauczycieli emerytów, złożonych do 30 czerwca oraz do 30 listopada danego roku, zwaną dalej „Komisją” w składzie:

1. Artur Gąsior – Sekretarz Miasta i Gminy Szczokociny – przewodniczący,
2. Olga Adamczyk – Podinspektor ds. oświaty,
3. Ilona Zbroińska – Dyrektor Przedszkola w Szczokocinach,
4. Zbigniew Bryła – Dyrektor Zespołu Szkół w Szczokocinach.

§ 2

1. Komisja obraduje na posiedzeniach w obecności co najmniej 3 członków.
2. Posiedzenie Komisji zwołuje i prowadzi Przewodniczący.
3. Opinie Komisji wydawane są zwykłą większością głosów. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos Przewodniczącego.
4. Z posiedzenia Komisji sporządzony jest protokół, który przekazywany jest Burmistrzowi Miasta i Gminy Szczokociny.

§ 3

Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie wniosku, którego wzór określa załącznik nr 1 do Zarządzenia.

§ 4

Wykonanie Zarządzenia powierza się Sekretarzowi Miasta i Gminy Szczokociny.

§ 5

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**BURMISTRZ
MIASTA I GMINY SZCZOKOCINY**

mgr Jacek Lipa

Załącznik nr 1
do Zarządzenia Nr 148/2024
Burmistrza Miasta i Gminy Szczekociny
z dnia 31 grudnia 2024 r.

Szczekociny,

Burmistrz Miasta i Gminy
Szczekociny, ul. Senatorska 2
42-445 Szczekociny

WNIOSEK
O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI
(wypełnić drukowanymi literami)

1. DANE WNIOSKODAWCY	
IMIE I NAZWISKO:	
PESEL:	
ADRES ZAMIESZKANIA:	
WNIOSEK DOTYCZY NAUCZYCIELA (zaznaczyć właściwe)	☐ CZYNNEGO ZAWODOWO
	☐ EMERYTA
	☐ RENCISTY
	☐ OTRZYMUJACEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE
2. OBECNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA WNIOSKODAWCY (dot. CZYNNY ZAWODOWO NAUCZYCIEL)	
NAZWA SZKOŁY:	
ADRES SZKOŁY:	
3. OSTATNIE MIEJSCE ZATRUDNIENIA dot. EMERYT/RENCISTA/NAUCZYCIEL OTRZYMUJĄCY ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE, wpisując szkołę, w której byli zatrudnieni przed przejściem na to świadczenie lub szkołę, w której jest dokonywany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych)	
NAZWA SZKOŁY	
ADRES SZKOŁY	
4. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO NA KTÓRY NALEŻY PRZEKAZAĆ PRYZNANĄ POMOC ZDROWOTNĄ:	
5. UZASADNIENIE WNIOSKU:	

6. WYDATKI PONIESIONE ZA CELE ZDROWOTNE**ZESTAWIENIE UDOKUMENTOWANYCH WYDATKÓW NA CELE ZDROWOTNE:**

Lp.	DATA FAKTURY/RACHUNKU	NUMER FAKTURY/RACHUNKU	CEL/RODZAJ WYDATKU	KWOTA (zł)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
WYDATKI OGÓŁEM:				

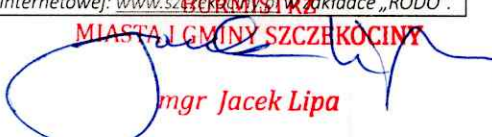
7. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

Lp.	RODZAJ ZAŁĄCZNIKA	IŁOŚĆ ZAŁĄCZNIKÓW
1	Aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie w związku z przewlekłą chorobą lub pobytem szpitalnym, dokumenty potwierdzające korzystanie z konsultacji i lekarskich badań specjalistycznych oraz dokumenty potwierdzające potrzebę długotrwałej rehabilitacji, w tym związanej z chorobami zawodowymi i powypadkowymi	
2	Dokumenty potwierdzające poniesione w roku złożenia wniosku koszty leczenia (imienne rachunku za leczenie, badania specjalistyczne, zakup lekarstw, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, dokumenty potwierdzające koszty przejazdu do placówek medycznych)	
3	Oświadczenie o przeciętnych dochodach (brutto) na jednego członka rodziny, osiągniętych w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających okres ubiegania się o zasiłek zdrowotny	
4	Inne (podać jakie)	

.....
Miejscowość i data.....
Podpis wnioskodawcy

Zgodnie 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) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż administratorem danych osobowych jest Burmistrz Miasta i Gminy Szczekociny z siedzibą w Szczekocinach (42-445) przy ulicy Senatorskiej 2. Z administratorem można skontaktować się mailowo: umig@szczekociny.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się mailowo: iod@szczekociny.pl.

Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, na podstawie ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela. Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszanej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej: www.szczekociny.pl w zakładce „RODO”.

MIASTO I GMINA SZCZĘKOCINY
mgr Jacek Lipa

OŚWIADCZENIE

o miesięcznych dochodach netto

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania
3. Oświadczenie o dochodach, składane w ramach wnioskowania o przyznanie pomocy zdrowotnej:

1	Liczba osób w zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela*	
2	Dochód** netto nauczyciela, ubiegającego się o przyznanie pomocy zdrowotnej, z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej	zł
3	Dochód** netto pozostałych osób zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela, ubiegającego się o przyznanie pomocy zdrowotnej, z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej	zł
4	Łączny dochód netto osób zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela (poz. 2 + poz.3)	zł
5	Średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę zamieszkującą wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela (poz. 4/poz.1/3m-ce)	zł

* dotyczy wszystkich osób zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe nauczyciela, łącznie z tym nauczycielem, w tym dzieci uczących się, lecz nie dłużej niż do 26 roku życia.

** wysokość dochodów ze wszystkich źródeł (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 ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis czytelny nauczyciela)

BURMISTRZ
MIASTA I GMINY SZCZĘKOCINY
mgr Jacek Lipa