BURMISTRZ MIASTA KLUCZBORKA
województwo opolskie

ZARZĄDZENIE Nr BR.0050.90.2024
Burmistrza Miasta Kluczborka
z dnia 19 kwietnia 2024 r.

w sprawie powołania zespołu opiniującego wnioski o przyznawanie świadczeń ze środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Kluczbork

Na podstawie art. 30 ust 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz.40 z późn. zm.), art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2023 r, poz. 984 z późn. zm.) oraz w wykonaniu uchwały Rady Miejskiej w Kluczborku nr LXX/977/24 z dnia 19 marca 2024r. r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Opolskiego z 25 marca 2024 r., poz. 831), Burmistrz Miasta Kluczborka zarządza, co następuje:

§ 1. Powołuje się zespół opiniujący wnioski o przyznanie świadczeń z Funduszu Zdrowotnego nauczycieli w składzie:

1. Dyrektor Administracji Oświaty w Kluczborku – przewodniczący zespołu,
2. Zastępca dyrektora Administracji Oświaty w Kluczborku – członek zespołu,
3. Główny księgowy Administracji Oświaty w Kluczborku – członek zespołu.

§ 2. Zespół rozpatruje i opiniuje wnioski odnośnie przyznania nauczycielom pomocy zdrowotnej, w formie jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 3. Protokół przyznania pomocy zdrowotnej stanowi załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 4. Rejestr wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej stanowi załącznik nr 3 do niniejszego zarządzenia.

§ 5. Wykonanie Zarządzenia powierza się Dyrektorowi Administracji Oświaty w Kluczborku.

§ 6. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

BURMISTRZ
mgr inż. Jarosław Kielar

RADCA PRAWNY
Dorota Śliwa

DYREKTOR
mgr Elżbieta Pietrzykowska

Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Burmistrza Miasta Kluczborka z dnia 19.04.2024r. w sprawie powołania zespołu opiniującego wnioski o przyznanie świadczeń ze środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli

WNIOSEK
o przyznanie świadczenia z Funduszu Zdrowotnego nauczycieli

WNIOSKODAWCA:

1. Imię i nazwisko nauczyciela

.....

(imię i nazwisko / nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista, otrzymujący świadczenie kompensacyjne - wpisać)

2. Adres zamieszkania, telefon kontaktowy

.....

3. Miejsce pracy

.....

(obecne / byłe dla emerytów, rencistów, otrzymujących świadczenie kompensacyjne - wpisać)

4. Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną

.....

(26 cyfr)

5. Wnioskowana kwota

.....

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

WYDATKI PONIESIONE NA CELE ZDROWOTNE:

Zestawienie udokumentowanych wydatków na cele zdrowotne należy podać: kwoty wydatków poniesionych na cele zdrowotne - data/kwota/rodzaj wydatku.

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

W załączeniu do wniosku przedkładam następujące dokumenty potwierdzające uprawnienia i potrzebę przyznania pomocy z funduszu zdrowotnego nauczycieli:

1) Aktualne zaświadczenie lekarskie,

2) Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (imienne faktury/rachunki),

3) Inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić jakie)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

....

(miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

INFORMACJA DYREKTORA SZKOŁY:

.....

.....

.....

.....

POTWIERDZENIE ZATRUDNIENIA:

....

(pieczęć szkoły) (data i podpis dyrektora)

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA NAUCZYCIELI SKŁADAJĄCYCH WNIOSKI O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO

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 ("RODO"), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Miasta Kluczborka, ul. Katowicka 1, 46-200 Kluczbork, nr tel. 77 418 14 81, adres e-mail; um@kluczbork.pl reprezentowany przez Administrację Oświaty w Kluczborku, ul. Kościuszki 1, 46-200 Kluczbork, nr tel. 77 418 13 48, adres e-mail: ao@ao.kluczbork.pl
2. Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, pana Andrzeja Pawłowicza, z którym można się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych i realizacji swoich praw poprzez adres e-mail: iod@ao.kluczbork.pl
3. Celem przetwarzania Pani/Pana danych jest przeprowadzenie postępowania weryfikującego wniosek o przyznanie świadczenia z Funduszu Zdrowotnego nauczycieli oraz podjęcie decyzji dotyczycącej pomocy zdrowotnej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO w związku z art. 72 ust. 1 i ust. 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela oraz uchwały nr LXX/977/24 Rady Miejskiej w Kluczborku z dnia 19 marca 2024 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.
4. Pani/Pana dane osobowe będą udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, w tym osobom sprawdzającym spełnianie przez nauczyciela wymagań określonych w w/w uchwale Rady Miejskiej w Kluczborku.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z obowiązującą w tym zakresie Instrukcją Kancelaryjną, stanowiącą załącznik nr 1 do Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa, przysługuje Pani/Panu;
   - prawo dostępu do danych oraz otrzymania ich kopii;
   - prawo do sprostowania danych;
   - prawo do usunięcia danych zbędnych dla celu przetwarzania określonego w pkt. 3;
   - prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
   - prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
   - prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych) – w przypadku, gdy uważa Pani/Pan, że przetwarzamy Pani/Pana dane niezgodnie z prawem.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne lecz niezbędne w celu rozpatrzenia wniosku. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości podjęcia decyzji o przyznaniu pomocy zdrowotnej.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Burmistrza Miasta Kluczborka z dnia 19.04.2024r. w sprawie powołania zespołu opiniującego wnioski o przyznanie świadczeń ze środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli

PROTOKÓŁ O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Znak sprawy:

Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....

Adres zamieszkania

.....

Szkoła, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony

.....

Ocena wymogów formalnych wniosku: spełnia / nie spełnia*

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Proponowana wysokość świadczenia.....

Słownie złotych:.....

Kluczbork, dnia.....

Decyzja Burmistrza Miasta Kluczborka/ osoby upoważnionej:

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej*, w wysokości:.....
Słownie złotych: .....

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej*
(uzasadnienie).....

.....

....

(miejscowość, data) (podpis Burmistrza/ osoby upoważnionej)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 3 do Zarządzenia Burmistrza Miasta
Kluczborka z dnia 19.04.2024r. w sprawie powołania zespołu opiniującego wnioski
o przyznanie świadczeń ze środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli

REJESTR ZŁOŻONYCH WNIOSKÓW O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

L.p.	Imię i nazwisko nauczyciela	Miejsce zatrudnienia i status nauczyciela	Cel pomocy zdrowotnej	Data złożenia wniosku	Przyznana kwota pomocy zdrowotnej	Uwagi