

**UCHWAŁA NR VI... / / 2019
RADY POWIATU WARSZAWSKIEGO ZACHODNIEGO
z dnia 19.. czerwca 2019 r.**

w sprawie zmiany Uchwały Nr VII/60/2015 w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania

Na podstawie art. 12, pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2019 r., poz. 511) oraz art. 72 ust. 1 i 4, w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018 r., poz. 967 ze zm.¹) Rada Powiatu Warszawskiego Zachodniego uchwała, co następuje:

§ 1. W regulaminie przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek, dla których organem prowadzącym jest Powiat Warszawski Zachodni, stanowiącym załącznik do Uchwały Nr VII/60/2015 Rady Powiatu Warszawskiego Zachodniego z dnia 10 września 2015 roku 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. Maz. z 2015 r., poz. 8653) dodaje się § 10 w brzmieniu:

- „1. Dane osobowe nauczycieli, składających wnioski o pomoc zdrowotną przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a i b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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. Urz. UE L z 2016 Nr 119/1).
2. Dane nauczycieli są przetwarzane przez Administratora danych osobowych - Starostwo Powiatu Warszawskiego Zachodniego oraz działających w jego imieniu i z jego upoważnienia pracowników zobowiązanych do zachowania w tajemnicy danych osobowych.
3. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. Administrator Danych wypełnia obowiązek informacyjny względem osób, których te dane dotyczą.
4. Administrator Danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych.
5. Dane osobowe nauczycieli będą przechowywane przez okres nie dłuższy, niż niezbędny do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora oraz ochrony interesów osób uprawnionych.
6. Podanie danych osobowych ujętych we wnioskach oraz w innych dokumentach wymaganych niniejszym regulaminem jest warunkiem umożliwiającym ubieganie się o pomoc zdrowotną.

¹ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 2203 i 2245.

7. Dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa.
8. Nauczycielom przysługuje prawo dostępu do przekazanych danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania. Ponadto jeżeli wynika to z przepisów prawa – prawo do usunięcia danych osobowych, ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.
9. Jeśli nauczyciel uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych w celu realizacji wniosku narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje mu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Dane udostępnione dla potrzeb uzyskania pomocy zdrowotnej nie będą podlegały profilowaniu.
11. Administrator danych nie będzie przekazywał danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.”

§ 2. Dokonuje się zmiany Załącznika Nr 1 do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, który otrzymuje brzmienie jak w załączniku Nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 3. Dokonuje się zmiany Załącznika Nr 2 do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, który otrzymuje brzmienie jak w załączniku Nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 4. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Warszawskiego Zachodniego.


§ 5. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Mazowieckiego.

Opracował:


GLÓWNY SPECJALISTA
DZ. OŚWIATY

Agnieszka Tymofiejewicz

Sprawdził:

Naczelnik Wydziału
Oświaty

Anna Pakoca

RADCA PRAWNY


Łukasz Popek
WA-P-317

**WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej**

.....
Nazwisko i imię nauczyciela

.....
Adres i nr telefonu

.....
Status nauczyciela (nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista,
pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)

.....
Szkoła, w której nauczyciel jest lub był ostatnio zatrudniony

Wypełnia dyrektor szkoły:

Potwierdza się, że Pan(i)
jest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.:

- 1) jest nauczycielem zatrudnionym w
w łącznym wymiarze etatu;
- 2) jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie
świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w
- 3) jest byłym nauczycielem zlikwidowanej szkoły
pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne,
dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany
w

.....
(pieczęć szkoły)

.....
(data i podpis dyrektora)

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi pomocy zdrowotnej. Złożenie wniosku uzasadniam:

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

Wnioskuje o przyznanie kwoty zł z tytułu poniesionych kosztów leczenia.

Przyznane świadczenie proszę przekazać na konto (nazwa banku i numer konta)

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie i wskazaniach dot. leczenia (wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej),
- 2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione koszty leczenia (za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku),
- 3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny,
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy (wymienić, dołączyć potwierdzone kserokopie):

(miejsowość, data)

(czytelny podpis nauczyciela)

Oświadczam iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz załączonych do niego dokumentach, dla celów związanych z przyznaniem pomocy zdrowotnej zgodnie z art.6 ust.1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a i b 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) (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119/1).

Oświadczam iż zapoznałam się z klauzulą informacyjną art. 13 RODO.

(data i czytelny podpis nauczyciela)

Decyzja Starosty Warszawskiego Zachodniego:

Działając na podstawie Uchwały Nr/...../2015 Rady Powiatu Warszawskiego Zachodniego z dnia września 2015 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznania oraz w oparciu o załączoną dokumentację, postanawiam, co następuje:

Przyznaję* Pani(u) świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej, w wysokości: zł (słownie złotych:)

Nie przyznaję* Pani(u) pomocy zdrowotnej z powodu (uzasadnienie):.....

* zaznaczyć właściwe

(data i podpis Starosty)

Opracował:

Sprawił:

GŁÓWNY SPECJALISTA
ds. OŚWIATY
Agnieszka Tymofiejewicz

Naczelnik Wydziału
Oświaty
Anna Pakoca

OŚWIADCZENIE o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela

.....
Nazwisko i imię nauczyciela

.....
Adres i telefon

Niniejsze oświadczenie składam w celu przyznania mi świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Oświadczenie o dochodach:

Lp.	Określenie rodzaju dochodu i członków rodziny nauczyciela, których dochód dotyczy	Wysokość dochodu* brutto (w zł)
1	Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)	
2	Dochód nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	
3	Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	
4	Łączny dochód rodziny uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (poz. 2 + poz. 3)	
5	Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny (poz. 4 : poz. 1, podzielony przez 3)	

* wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskany w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną

Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku

1. Świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.
2. Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.
3. **Zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych oraz członków mojej rodziny.** Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a i c 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

uchylecia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119/1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, danych osobowych członków mojej rodziny przez Administratora Starostwo Powiatu Warszawskiego Zachodniego.


4. Oświadczam, iż zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną przekazaną art. 13 rozporządzenia o ochronie danych zwanego RODO.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

Opracował:

Sprawdził:

GŁÓWNY SPECJALISTA
ds. OŚWIATY

Agnieszka Tymofiejewicz

Naczelnik Wydziału
Oświaty

Anna Pakoca

UZASADNIENIE

W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych - Starostwo Powiatu Warszawskiego Zachodniego oraz działających w jego imieniu i z jego upoważnienia pracowników zobowiązanych do zachowania w tajemnicy danych osobowych nauczycieli, składających wnioski o pomoc zdrowotną, zgodnie z art.6 ust.1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a i b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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. Urz. UE L z 2016 Nr 119/1) koniecznym jest dokonanie stosownych zapisów w tym zakresie, w regulaminie przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek, dla których organem prowadzącym jest Powiat Warszawski Zachodni, stanowiącym załącznik do Uchwały Nr VII/60/2015 Rady Powiatu Warszawskiego Zachodniego z dnia 10 września 2015 roku 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. Maz. z 2015 r., poz.8653).

PRZEWODNICZĄCY ZARZĄDU



Józef Zychliński



Naczelnik Wydziału
Oświaty
Anna Pakoła