

UCHWAŁA Nr.....<sup>949</sup>...../2020

ZARZĄDU POWIATU W POZNANIU

z dnia <sup>12 stycznia</sup>..... 2020 r.

w sprawie: uchwalenia regulaminu działania komisji ds. przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, nauczycieli emerytów i rencistów szkół i placówek prowadzonych przez Powiat Poznański.

Na podstawie art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2019 r. poz. 511 z późn. zm.) w związku z art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r. poz. 2215) oraz pkt 5 Załącznika do Uchwały Nr XV/179/VI/2019 Rady Powiatu w Poznaniu z dnia 18 grudnia 2019 r. w sprawie: określenia rodzaju świadczeń przyznawanych nauczycielom, nauczycielom emerytom i rencistom w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania,

Zarząd Powiatu w Poznaniu uchwala, co następuje:

- § 1. Uchwala się Regulamin działania komisji ds. przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, nauczycieli emerytów i rencistów szkół i placówek prowadzonych przez Powiat Poznański, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.
- § 2. Ustala się wzór wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.
- § 3. Traci moc Uchwała Nr 678/2016 Zarządu Powiatu w Poznaniu z dnia 18 stycznia 2016 r. w sprawie: regulaminu działania komisji ds. przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, nauczycieli emerytów i rencistów szkół i placówek prowadzonych przez Powiat Poznański oraz wzoru wniosku w tej sprawie.
- § 4. Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Wydziału Edukacji.
- § 5. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Starosta Jan Grabkowski

Wicestarosta Tomasz Łubiński

Członek Zarządu Piotr Zalewski

Członek Zarządu Antoni Kalisz

RADCA PRAWNY

Maria Niewinicka-Struszyńska

Uzasadnienie  
do Uchwały Nr <sup>979</sup>...../2020  
Zarządu Powiatu w Poznaniu  
z dnia <sup>17 stycznia</sup>.....2020 r.

Zgodnie z pkt 5 załącznika nr 1 do Uchwały Nr XV/179/VI/2019 Rady Powiatu w Poznaniu z dnia 18 grudnia 2019 r. w sprawie: określenia rodzaju świadczeń przyznawanych nauczycielom, nauczycielom emerytom i rencistom w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania, Zarząd Powiatu w Poznaniu określa regulamin działania komisji ds. przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, nauczycieli emerytów i rencistów szkół i placówek prowadzonych przez Powiat Poznański oraz wzór wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

W poprzedniej uchwale istniała możliwość wypłaty świadczenia pieniężnego, zwanego zapomogą, w kasie Starostwa Powiatowego w Poznaniu oraz poprzez wskazany przez wnioskodawcę rachunek bankowy. Z uwagi na to, że od 01.01.2020 r. w Starostwie Powiatowym w Poznaniu nie będą obsługiwane operacje w formie gotówkowej, za wyjątkiem wypłaty walut obcych przeznaczonych na podróże zagraniczne pracowników, zapomogi przekazywane będą wyłącznie na wskazany przez wnioskodawcę rachunek bankowy. Ponadto w uchwale zostały doprecyzowane zapisy w zakresie prac działania Komisji oraz warunków i sposobu przyznawania pomocy zdrowotnej.

Uwzględniając powyższe, podjęcie przedmiotowej uchwały jest zasadne i celowe.

WICESTAROSTA  
  
Tomasz Łubński

**Regulamin działania komisji ds. przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, nauczycieli emerytów i rencistów szkół i placówek prowadzonych przez Powiat Poznański**

1. Komisja ds. przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, nauczycieli emerytów i rencistów szkół i placówek prowadzonych przez Powiat Poznański, zwana dalej „Komisją” jest organem doradczo-opiniującym w zakresie określenia zasadności udzielania zapomogi nauczycielom, nauczycielom emerytom i rencistom szkół i placówek prowadzonych przez Powiat Poznański.
2. Komisja pracuje na posiedzeniach zamkniętych, bez udziału wnioskodawców.
3. Przewodniczący Komisji:
  - a) zwołuje posiedzenie Komisji, co najmniej dwa razy w roku kalendarzowym, zawiadamiając jej członków o terminie i miejscu posiedzenia Komisji,
  - b) koordynuje prace Komisji,
  - c) rozstrzyga w przypadku równej liczby głosów.
4. Komisja może działać w składzie co najmniej 3 osób.
5. W razie nieobecności na posiedzeniu Przewodniczącego Komisji, czynności przewidziane dla niego wykonuje zastępca wyznaczony przez obecnych na posiedzeniu członków Komisji.
6. Komisja rozpatruje wnioski wraz z pełną dokumentacją z uwzględnieniem:
  - a) wysokości kosztów poniesionych przez wnioskodawcę w związku z leczeniem,
  - b) sytuacji materialnej wnioskodawcy i jego rodziny,
  - c) stanu zdrowia i innych okoliczności mających wpływ na sytuację materialną (choroba przewlekła lub o ciężkim przebiegu, rehabilitacja, leczenie specjalistyczne, leczenie w innej miejscowości, zakup niezbędnego sprzętu specjalistycznego itp.)
  - d) opinii dyrektora szkoły lub placówki, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony bezpośrednio przed przejściem na emeryturę.
7. Po rozpatrzeniu wniosków Komisja opiniuje przyznanie zapomogi oraz proponuje jej wysokość.
8. Zarząd Powiatu w Poznaniu po zapoznaniu się z opinią Komisji podejmuje decyzję o przyznaniu zapomogi i o jej ostatecznej wysokości.
9. Z pracy Komisji sporządzany jest protokół, który podpisują wszyscy obecni na posiedzeniu członkowie Komisji.

### WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....

Wnioskodawca (imię i nazwisko)	PESEL
--------------------------------	-------

.....

Adres zamieszkania, numer telefonu oraz e-mail

.....

Ostatnia szkoła/placówka, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

.....

Nr rachunku bankowego, na który ma być przekazana zapomoga, w przypadku jej przyznania

**Uzasadnienie:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Data i podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że średni miesięczny dochód (z ostatni trzech miesięcy), poprzedzających okres ubiegania się o pomoc zdrowotną, przypadający na jednego członka rodziny w moim gospodarstwie domowym składającym się z ..... osób, wynosi ..... zł brutto.

Oświadczam, że w ubiegłym roku korzystałem/nie korzystałem (niepotrzebne skreślić) z zapomogi na pomoc zdrowotną, w wysokości ..... zł.

Oświadczam, że w bieżącym roku korzystałem/nie korzystałem (niepotrzebne skreślić) z zapomogi na pomoc zdrowotną, w wysokości ..... zł.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej\*

.....  
Data i podpis wnioskodawcy

**Załączniki:**

- a) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia wnioskodawcy,
- b) dokumenty poświadczające koszty leczenia (faktury, rachunki imienne itp.)

\*INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 29 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 95/45/WE informuję, że Starosta Poznański na podstawie art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018 r. poz. 967 z późn. zm.) oraz art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozrządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. przetwarza dane osobowe w celu realizacji zadań wynikających z przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, nauczycieli emerytów i rencistów szkół i placówek prowadzonych przez Powiat Poznański.

Jednocześnie informuję, że:

- 1) wyznaczono inspektora danych osobowych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail [iod@powiat.poznan.pl](mailto:iod@powiat.poznan.pl) lub pisemnie na adres: Starostwa Powiatowego w Poznaniu, ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań;
- 2) do danych osobowych i szczególnych kategorii danych osobowych (takich jak zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia, dokumenty poświadczające koszty leczenia) będą mieli dostęp uprawnieni pracownicy Starostwa Powiatowego w Poznaniu, a także przedstawiciele Komisji ds. przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz nauczycieli emerytów i rencistów szkół i placówek prowadzonych przez Powiat Poznański;
- 3) dane, po zrealizowaniu celu dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania przez Administratora;
- 4) Pani/Pan, których dane te dotyczą, ma prawo do:
  - a. dostępu do swoich danych osobowych; żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe, żądania usunięcia danych, gdy dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane lub dane przetwarzane są niezgodnie z prawem;
  - b. żądania ograniczenia przetwarzania, gdy osoby te kwestionują prawidłowość danych; przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych, Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia dochodzenia lub obrony roszczeń.
- 5) ma Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 6) podanie danych jest wymogiem ustawowym;
- 7) dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu;
- 8) odbiorcami danych są podmioty określone w przepisach prawa.

Wyrażam zgodę

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Opinia dyrektora szkoły (placówki):

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

.....  
Data i podpis dyrektora szkoły (placówki)

Opinia Komisji i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Skład Komisji powołanej Uchwałą Nr ..... Zarządu Powiatu w Poznaniu z dnia .....

1. Przewodniczący Komisji .....
2. Przedstawiciel Rady Powiatu w Poznaniu .....
3. Przedstawiciel Rady Powiatu w Poznaniu .....
4. Przedstawiciel Związku Nauczycielstwa Polskiego .....
5. Przedstawiciel NSZZ „Solidarność” .....
6. Pracownik Wydziału Edukacji .....

.....  
Data i podpis przewodniczącego