**ZARZĄDZENIE NR 5/2025**

**WÓJTA GMINY GOZDOWO**

**z dnia 13 stycznia 2025 r.**

**w sprawie ustalenia wysokości pomocy zdrowotnej przyznawanej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Gozdowo oraz dla nauczycieli emerytów, rencistów i pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, ustalenia zasad przyznawania pomocy zdrowotnej z uwzględnieniem sytuacji materialnej i rodzinnej wnioskodawcy oraz ustalenia wzoru wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz.U. z 2024 r. poz. 1465 z późn. zm.), Uchwały Nr IX/64/24 Rady Gminy Gozdowo z dnia 30 grudnia 2024 roku w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobów ich finansowania, zarządzam co następuje:

§ 1. Wysokość przyznawanej w danym roku budżetowym pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Gozdowo oraz dla nauczycieli emerytów, rencistów i pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, nie może być wyższa niż 800,00 zł.

§ 2. Ustala się zasady przyznawania pomocy zdrowotnej z uwzględnieniem sytuacji materialnej wnioskodawcy zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia.

§ 3. Ustala się wzór wniosku w sprawie udzielenia pomocy zdrowotnej zgodnie z załącznikiem nr 2 do zarządzenia.

§ 4. Wykonanie zarządzenia powierzam Kierownikowi Referatu Oświaty.

§ 5. Zarządzenie podlega publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej.

§ 6. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą od 01 stycznia 2025 roku.

Wójt Gminy Gozdowo

Dariusz Kalkowski

Załącznik Nr 1 do zarządzenia

Zasady przyznania pomocy zdrowotnej z uwzględnieniem sytuacji materialnej wnioskodawcy

|  |  |
| --- | --- |
| **Wysokość średniego dochodu brutto na członka rodziny w gospodarstwie wieloosobowym z 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku** | **Przyznana pomoc** |
| do 100% minimalnego wynagrodzenia za pracę | 100% poniesionych kosztów leczenia – nie więcej niż kwota określona w §1 zarządzenia |
| od 100% do 120% minimalnego wynagrodzenia za pracę | 75% poniesionych kosztów leczenia – nie więcej niż kwota określona w §1 zarządzenia |
| Powyżej 120% minimalnego wynagrodzenia za pracę | 50% poniesionych kosztów leczenia – nie więcej niż kwota określona w §1 zarządzenia |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wysokość średniego dochodu brutto na osobę w gospodarstwie jednoosobowym z 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku** | **Przyznana pomoc** |
| do 120% minimalnego wynagrodzenia za pracę | 100% poniesionych kosztów leczenia – nie więcej niż kwota określona w §1 zarządzenia |
| od 120% do 140% minimalnego wynagrodzenia za pracę | 75% poniesionych kosztów leczenia – nie więcej niż kwota określona w §1 zarządzenia |
| Powyżej 140% minimalnego wynagrodzenia za pracę | 50% poniesionych kosztów leczenia – nie więcej niż kwota określona w §1 zarządzenia |

Załącznik Nr 2 do zarządzenia

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE WNIOSKODAWCY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i Nazwisko** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Numer telefonu** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres e-mail**  ( jeśli wnioskodawca posiada) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania i adres do korespondencji** (jeśli jest inny niż zamieszkania) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wniosek dotyczy**  ( zaznaczyć właściwe X) | | | | | | | | |  | | | Nauczyciela czynnego zawodowo | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Nauczyciela emeryta/ rencisty/ otrzymującego świadczenie kompensacyjne | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Miejsce zatrudnienia i wymiar czasu pracy / ostatnie miejsce zatrudnienia w przypadku nauczycieli nieczynnych zawodowo** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wymiar zatrudnienia łącznie** (na podstawie art.22 ust.3 i art.91b ust.1 Karty Nauczyciela pomoc zdrowotna przysługuje nauczycielowi zatrudnionemu w wym. co najmniej ½ etatu, zatrudnienie w kilku szkołach sumuje się). | | | | | | | | | Oświadczam, że jestem zatrudniony/na w szkołach w wymiarze:  1……………………………………………………………. – wymiar…….  2……………………………………………………………. – wymiar ……  3. …………………………………………………………... – wymiar ……  **Łączny wymiar zatrudnienia: ………….** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wójt Gminy w przypadku wątpliwości może wystąpić o potwierdzenie zatrudnienia stosownym zaświadczeniem. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Informuję że ze środków funduszu zdrowotnego korzystałam/em w roku ……………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Oświadczenie potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, wypadkiem. 2. Oświadczenie o dochodach 3. Imienne dokumenty : rachunki, faktury potwierdzające poniesione wydatki z okresu 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku – w ilości …….. szt. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NUMER RACHUNKU BANKOWEGO NA KTÓRY NALEŻY PRZEKAZAĆ POMOC ZDROWOTNĄ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WYPŁATA GOTÓWKĄ NIE□ TAK□**  ( zaznaczyć właściwe X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wnioskuję o przyznanie pomocy zdrowotnej w związku z:  □ przewlekłą lub ciężką chorobą;  □ nagłym zdarzeniem losowym: nagła ciężka choroba, wypadek;  □ leczeniem szpitalnym połączonym z koniecznością dalszego leczenia w domu;  □ leczeniem specjalistycznym, specjalistycznymi badaniami, konsultacjami;  □ zakupem wyrobów medycznych, urządzeń rehabilitacyjnych lub środków pomocniczych.  ( zaznaczyć właściwe X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Uzasadnienie :** ……………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w związku z przebiegiem prac związanych z przyznawaniem zapomogi zdrowotnej dla nauczycieli zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1781). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KLAUZULA INFORMACYJNA**  Na podstawie 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. Urz. UE L 119 z 4.05.2016), zwanego dalej RODO informuję, że:  1.Administratorem Pana/i danych osobowych jest Gmina Gozdowo reprezentowany przez Wójta Gminy  Gozdowo, ul. Krystyna Gozdawy 19, 09-213 Gozdowo. Dane kontaktowe adres e-mail; [sekretariat@gozdowo.eu](mailto:sekretariat@gozdowo.eu) tel 24 276 21 12,  2. Inspektorem Ochrony Danych (IOD) jest Dariusz Chyła z którym można się skontaktować osobiście w Urzędzie Gminy w Gozdowie ul. Krystyna Gozdawy 19 oraz poprzez e-mail: [iod@gozdowo.eu](mailto:iod@gozdowo.eu),  3.Państwa dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c, d, e 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, w celu przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli,.  4. Państwa dane mogą zostać przekazane osobom upoważnionym przez Wójta Gminy Gozdowo, tj. pracownikom celem wykonania swoich obowiązków, podmiotom przetwarzającym, którym Wójt Gminy Gozdowo zleci wykonywanie czynności przetwarzania danych.   1. 5. Podane przeze Państwa dane osobowe nie będą wykorzystywane do decyzji opartej na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, ani nie zostaną przekazane do państwa trzeciego (poza obszar Unii Europejskiej, Islandii, Norwegii i Lichtensteinu) lub organizacji międzynarodowej. 2. 6. Dane osobowe Pani/Pana są przetwarzane w związku z rozpatrzeniem złożonego wniosku oraz przyznania pomocy zdrowotnej. 3. 7. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania. Po zrealizowaniu celu, dla którego dane zostały zebrane, będą przechowywane jedynie w celach archiwalnych nie dłużej niż przez okres 10 lat. 4. 8. Macie Państwo prawo do żądania od Wójta Gminy Gozdowo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przechowywania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także do przenoszenia danych; 5. 9. Macie Państwo prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych jako organu nadzorczego z siedziba w Warszawie ul. Stawki 2 00-193 Warszawa, gdy przetwarzanie Twoich danych osobowych narusza przepisy Rozporządzania 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ………………………………………………..  **Data i podpis Wnioskodawcy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **WSTĘPNA OCENA WNIOSKU POD WZGLĘDEM FORMALNYM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Wniosek spełnia wymagania formalne **□**  - Wniosek nie spełnia wymagań formalnych **□ z uwagi na:** …………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………….  (Data pieczątka i podpis pracownika Referatu Oświaty) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Decyzja Wójta Gminy Gozdowo** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| zgodnie z Uchwałą Nr IX/64/24 Rady Gminy Gozdowo z dnia 30 grudnia 2024 roku w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobów ich finansowania , przyznaję/nie przyznaję\* Pani/Panu  ………………………………………………………………………………………………………….  Świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej w wysokości ………………………………………… zł  słownie:………………………………………………………………………………………………………    …………….……………………………………  (podpis Wójta Gminy Gozdowo)    Gozdowo, dnia ………………………………    \*niepotrzebne skreślić | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Załącznik Nr 1 do Wniosku.

**Oświadczenie potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, wypadkiem, nagłym zdarzeniem losowy:**

………..…………………………………………………………………………………………....

……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że w/w przedstawione dane są prawidłowe i jestem świadomy o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego *„ Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”*

………………………………………………… ………………………………………………………………………

(miejscowość i data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

Załącznik Nr 2 do Wniosku.

**Oświadczenie**

**o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela**

………………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

Liczba osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczenie o dochodach:**

**Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich**

**trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi:**

**……………………………………………………………. zł\***

**\*** wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu

(do dochodu wlicza się: wszystkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

Oświadczam, że w/w przedstawione dane są prawidłowe i jestem świadomy o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego *„ Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”*

**Jednocześnie zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.**

………………………………………………… ………………………………………………………………………

(miejscowość i data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)