

**ZARZĄDZENIE NR 124/24**  
**PREZYDENTA MIASTA MYSŁOWICE**  
**z dnia 25 marca 2024 r.**

w sprawie: określenia wysokości środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli i emerytowanych nauczycieli, powołania Komisji opiniującej wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej, procedury przyznawania pomocy zdrowotnej oraz określenia wzoru wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miasto Mysłowice oraz dla nauczycieli emerytów, rencistów i pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, których ostatnim miejscem zatrudnienia była placówka, dla której organem prowadzącym jest Gmina Miasto Mysłowice

Na podstawie art. 30 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 8 Ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 40 z późn. zm.), Uchwały nr LXXXII/1305/24 Rady Miasta Mysłowice z dnia 22 lutego 2024 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i emerytowanych nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania, w związku z art. 91b ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t. j. Dz. U. z 2023 r., poz. 984 z późn. zm.) zarządzam, co następuje:

§ 1

1. Wysokość środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określana jest corocznie w uchwale budżetowej dla Miasta Mysłowice.
2. Środki finansowe, o których mowa w ust. 1, są ujmowane na każdy rok budżetowy w planie finansowym Wydziału Edukacji Urzędu Miasta Mysłowice.

§ 2

1. Wnioski o pomoc zdrowotną mogą składać:
  - 1) nauczyciele zatrudnieni w łącznym wymiarze co najmniej połowy obowiązkowego wymiaru zajęć dydaktycznych, wychowawczych lub opiekuńczych w przedszkolach, szkołach podstawowych, szkołach ponadpodstawowych i placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miasto Mysłowice,
  - 2) nauczyciele, którzy przeszli na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne dla których ostatnim miejscem zatrudnienia była placówka, dla której organem prowadzącym jest Gmina Miasto Mysłowice,
  - 3) w imieniu osób wymienionych w pkt 1 i 2 również:
    - a) pełnomocnik – pełnomocnictwo powinno być udzielone na piśmie i dołączone do wniosku;
    - b) kurator/doradca tymczasowy – przedstawiciel ustawowy – orzeczenie sądu stanowiące dowód uprawnień względem ubezwłasnowolnionego dołączone do wniosku;
    - c) opiekun prawny – zaświadczenie ustanawiające opiekuna prawnego i dołączone do wniosku.

zwani dalej „Wnioskodawcą”.
2. Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej wraz z kompletem załączników, o których mowa w § 3 ust. 3 Uchwały nr LXXXII/1305/24 Rady Miasta Mysłowice z dnia 22 lutego 2024 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i emerytowanych nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania należy składać w biurze podawczym Urzędu Miasta Mysłowice. Wniosek wraz z załącznikami zostanie przekazany do Wydziału Edukacji tegoż Urzędu. Wniosek wraz z kompletem wymaganych załączników powinien zostać dostarczony w oryginale z zastrzeżeniem

możliwości załączenia do wniosku kserokopii dokumentacji zgodnie z § 2 ust. 3 niniejszego zarządzenia.

3. Wydział Edukacji Urzędu Miasta Mysłowice weryfikuje poprawność złożonych wniosków, a w przypadku wniosków zawierających braki formalne, niezwłocznie wzywa Wnioskodawcę w formie pisemnej do ich uzupełnienia w terminie 21 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpoznania. W przypadku złożenia kserokopii imiennych rachunków, faktur lub wypisu ze szpitala, Wydział Edukacji zastrzega sobie prawo wezwania w formie pisemnej Wnioskodawcy do przedłożenia do wglądu oryginałów dokumentów.
4. Wnioski o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej rozpatrywane będą w następujących terminach:
  - 1) wnioski złożone od 1 listopada do ostatniego dnia lutego rozpatrywane będą najpóźniej do 15 marca,
  - 2) wnioski złożone od 1 marca do 30 czerwca rozpatrywane będą najpóźniej do 15 lipca,
  - 3) wnioski złożone od 1 lipca do 31 października rozpatrywane będą najpóźniej do 15 listopada.
5. W przypadku nie rozpatrzenia złożonego poprawnie wniosku w terminie wymienionym w ust. 4 z przyczyn niezależnych od organu oraz Wnioskodawcy, rozpatrzenie wniosku nastąpi w kolejnym przypadającym terminie.

### § 3

1. Wzór wniosku o przyznanie zasiłku w ramach pomocy zdrowotnej stanowi Załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia.
2. Wzór oświadczenia o dochodach brutto, zarobkach ze wszystkich źródeł oraz dochodzie brutto przypadającym na jednego członka gospodarstwa domowego określa Załącznik nr 2 do niniejszego Zarządzenia. Oświadczenie o dochodach brutto składa się za okres ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

### § 4

Prezydent Miasta Mysłowice Zarządzeniem powołuje Komisję opiniującą wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli w składzie:

1. Przewodniczący Komisji – Naczelnik Wydziału Edukacji Urzędu Miasta Mysłowice lub inny pracownik wyznaczony przez Naczelnika Wydziału Edukacji Urzędu Miasta Mysłowice;
2. Członkowie Komisji: trzech wyznaczeni przez Przewodniczącego Komisji dyrektorzy myślowickich placówek oświatowych, z każdego poziomu nauczania, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miasto Mysłowice;
3. Po jednym przedstawicielu organizacji związkowych działających w placówkach oświatowych dla których organem prowadzącym jest Gmina Miasto Mysłowice;
4. Dwóch przedstawicieli Wydziału Edukacji Urzędu Miasta Mysłowice.

### § 5

1. Pracą Komisji kieruje Przewodniczący Komisji, a w przypadku jego nieobecności osoba wyznaczona przez Przewodniczącego Komisji, spośród członków Komisji.
2. Termin posiedzenia Komisji wyznacza Przewodniczący, bądź osoba przez niego wyznaczona.
3. Posiedzenia Komisji odbywają się nie rzadziej niż co cztery miesiące.
4. Do skutecznego opiniowania wniosków przez Komisję konieczna jest obecność więcej niż połowy członków Komisji, w tym Przewodniczącego lub osoby przez niego wyznaczonej.
5. Członkowie Komisji zobowiązują się do zachowania w tajemnicy dane osób ubiegających się o pomoc zdrowotną oraz nieujawnienia sytuacji zdrowotnej, materialnej i życiowej wnioskodawców, omawianych na posiedzeniu zgodnie ze złożonym oświadczeniem stanowiącym Załącznik nr 3 do niniejszego Zarządzenia.

6. Członkowie Komisji przed rozpoczęciem prac Komisji otrzymują polecenie przetwarzania danych osobowych zgodne z przyjętą Polityką Ochrony Danych Osobowych Urzędu Miasta Mysłowice.
7. Osoba występująca z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej, nie może brać udziału w posiedzeniu Komisji, na której wniosek ten będzie rozpatrywany.
8. W przypadku równej liczby głosów – decyduje głos Przewodniczącego Komisji lub osoby przez niego wyznaczonej.

#### § 6

Do zadań Komisji należy:

- 1) zapoznanie się z poprawnie zweryfikowanymi wnioskami,
- 2) dokonanie oceny wniosków przy uwzględnieniu kryteriów określonych Uchwałą nr LXXXII/1305/24 Rady Miasta Mysłowice z dnia 22 lutego 2024 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i emerytowanych nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania,
- 3) sporządzenie pisemnego protokołu, zawierającego propozycję podziału środków.

#### § 7

1. Zasiłek w ramach pomocy zdrowotnej jest częściową lub całkowitą refundacją poniesionych i udokumentowanych przez nauczyciela kosztów leczenia.
2. Wysokość przyznanego świadczenia na pomoc zdrowotną uzależniona jest od:
  - 1) wysokości udokumentowanych kosztów leczenia,
  - 2) ilości pozytywnie zweryfikowanych wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej,
  - 3) środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli w danym roku budżetowym w budżecie Gminy Miasta Mysłowice,
  - 4) sytuacji materialnej osoby ubiegającej się o przyznanie pomocy zdrowotnej.
3. W danym roku budżetowym pomoc zdrowotna dla nauczycieli jest przyznawana tylko do wysokości zabezpieczonych na ten cel środków finansowych w uchwale budżetowej.
4. Ustala się następujący maksymalny poziom refundacji kosztów leczenia:
  - 1) do 100% – w przypadku osób posiadających dochód brutto na jednego członka rodziny wynoszący poniżej minimalnego wynagrodzenia za pracę w kwartale poprzedzającym przyznanie pomocy zdrowotnej,
  - 2) do 90% – w przypadku osób posiadających dochód brutto na jednego członka rodziny wynoszący powyżej minimalnego wynagrodzenia za pracę w kwartale poprzedzającym przyznanie pomocy zdrowotnej.
5. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej podlega następującym ograniczeniom, w jednym roku kalendarzowym:
  - 1) okulary/soczewki korekcyjne – refundacja kosztów do kwoty nie wyższej niż 500,00 zł,
  - 2) leczenie stomatologiczne – refundacja kosztów do kwoty nie wyższej niż 1.000,00 zł,
  - 3) dofinansowanie kosztów leczenia specjalistycznego, w tym m. in. badania, zabiegi, wizyty specjalistyczne – refundacja do kwoty nie wyższej niż 1.000,00 zł,
  - 4) rehabilitacja i sprzęt niezbędny do rehabilitacji – refundacja do kwoty nie wyższej niż 1.000,00 zł,
  - 5) leki i wyroby medyczne – refundacja kosztów do kwoty nie wyższej niż 2.000,00 zł.
6. Niewykorzystane środki przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli w danym roku budżetowym, nie przechodzą na kolejny rok.
7. Niezależnie od poziomu refundacji wskazanym w ust. 4 – maksymalna wysokość zasiłku w ramach pomocy zdrowotnej przy uwzględnieniu ust. 5 łącznie nie może przekroczyć 50% minimalnego wynagrodzenia za pracę – obowiązującego w okresie przyznania świadczenia.

§ 8

Ostateczną decyzję w sprawie przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli podejmuje Prezydent Miasta Mysłowice.

§ 9

1. Nauczyciel może otrzymać pomoc zdrowotną tylko jeden raz w danym roku kalendarzowym z wyjątkiem przypadków szczególnie uzasadnionych określonych w § 4 ust. 2 Uchwały nr LXXXII/1305/24 Rady Miasta Mysłowice z dnia 22 lutego 2024 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i emerytowanych nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

§ 10

Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej przechowywane są w Urzędzie Miasta Mysłowice przez minimum 5 lat, licząc od pierwszego dnia kolejnego roku.

§ 11

Wykonanie niniejszego Zarządzenia powierza się Naczelnikowi Wydziału Edukacji Urzędu Miasta Mysłowice.

§ 12

Nadzór nad wykonaniem Zarządzenia powierza się II Zastępcy Prezydenta Miasta Mysłowice.

§ 12

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

PREZYDENT MIASTA  
MYSŁOWICE

(-) DARIUSZ WÓJTOWICZ

Załączniki:

1. Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej;
2. Oświadczenie o dochodach brutto, zarobkach ze wszystkich źródeł oraz dochodzie brutto przypadającym na jednego członka gospodarstwa domowego;
3. Oświadczenie członka Komisji;

Otrzymują:

1. Wydział Edukacji
2. aa (OR)

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**  
**Wydział Edukacji Urzędu Miasta w Mysłowicach**

<b>DATA WPŁYWU WNIOSKU:</b>		
<b>WNIOSEK DOTYCZY:</b> (niepotrzebne skreślić)	NAUCZYCIELA CZYNNEGO ZAWODOWO, NAUCZYCIELA EMERYTA, NAUCZYCIELA RENCISTY, NAUCZYCIELA OTRZYMUJĄCEGO ŚWIADCZENIE KOMPENSACYJNE	
<b>DANE WNIOSKODAWCY</b>		
Imię i nazwisko:		
Adres zamieszkania:		
Nr telefonu do kontaktu:		
Wymiar zatrudnienia: (dotyczy nauczycieli czynnych zawodowo)		
Miejsce zatrudnienia/ ostatnie miejsce zatrudnienia:		
Potwierdzenie zatrudnienia/uprawnień emerytalnych do korzystania z pomocy zdrowotnej nauczyciela	<p>..... pieczęć szkoły/przedszkola</p>	<p>..... podpis i pieczęć dyrektora</p>



## **Klauzula Informacyjna**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Prezydent Miasta Mysłowice reprezentujący Miasto Mysłowice z siedzibą: Mysłowice, 41-400, ul. Powstańców 1.

### **Inspektor ochrony danych.**

Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych, w następujący sposób: pod adresem poczty elektronicznej: [iod@um.myslowice.pl](mailto:iod@um.myslowice.pl) lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

### **Podstawa prawna i cele przetwarzania danych osobowych.**

Podstawę przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, określonego w art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela i w uchwale Rady Miasta Mysłowice w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i emerytowanych nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

Mogą również wystąpić przypadki w których zostanie Pani/Pan poproszona/y o wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych w określonym celu i zakresie.

### **Odbiorcy danych osobowych.**

Dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa.

### **Okres przechowywania danych osobowych.**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa.

Po spełnieniu celu, dla którego Pani/Pana dane zostały zebrane, mogą one być przechowywane jedynie w celach archiwalnych, przez okres, który wyznaczony zostanie przede wszystkim na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej.

### **Prawa osób, których dane dotyczą, w tym dostępu do danych osobowych.**

Na zasadach określonych przepisami RODO, posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora: dostępu do treści swoich danych osobowych, sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych, usunięcia swoich danych osobowych, ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych, przenoszenia swoich danych osobowych, a ponadto, posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych.

### **Prawo do cofnięcia zgody.**

Tam, gdzie do przetwarzania danych osobowych konieczne jest wyrażenie zgody, zawsze ma Pani/Pan prawo nie wyrazić zgody, a w przypadku jej wcześniejszego wyrażenia, do cofnięcia zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie Pani/Pana danych do momentu jej wycofania.

### **Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych oraz konsekwencjach niepodania danych osobowych.**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją nie podania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku i wypłaty świadczenia.

### **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.**

Gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

### **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie.**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

.....  
**Data i podpis wnioskodawcy**

**ZAŁĄCZNIKI SKŁADANE DO WNIOSKU**

1.	Zaświadczenie wystawione przez lekarza potwierdzające leczenie i/lub rehabilitację, lub/i wypis ze szpitala wystawione w ciągu 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.
2.	Imienne rachunki lub faktury potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem i/lub rehabilitacją lub zakupem w okresie 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.
3.	Oświadczenie o zarobkach ze wszystkich źródeł oraz dochodzie brutto przypadającym na jednego członka gospodarstwa domowego z ostatnich 3 miesięcy.

**OPINIA KOMISJI DS. POMOCY ZDROWOTNEJ**

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

**PROPONOWANA PRZEZ KOMISJĘ WYSOKOŚĆ POMOCY ZDROWOTNEJ w PLN**

.....  
**Słownie** .....

**PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI**

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

**DECYZJA PREZYDENTA MIASTA**

**Przyznaję pomoc finansową w wysokości\* :** .....

**(słownie: .....) )**

**Nie przyznaję pomocy finansowej\*.**

**\*niepotrzebne skreślić**

Mysłowice, dnia .....



**Oświadczenie o dochodach brutto, zarobkach ze wszystkich źródeł oraz dochodzie brutto  
przypadającym na jednego członka gospodarstwa domowego**

Imię i nazwisko Wnioskodawcy: .....

adres zamieszkania: .....

Liczba osób w gospodarstwie domowym: .....

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny  
z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi .....zł.

Za dochód uważa się wszystkie dochody podlegające opodatkowaniu (min. stosunek pracy,  
umowa zlecenie lub umowa o dzieło, emerytura, renta).

.....

**Data i podpis**

### **Oświadczenie**

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy dane osób ubiegających się o pomoc zdrowotną oraz nieujawniania wszelkich spraw zdrowotnych, życiowych lub materialnych wnioskodawców, omawianych na posiedzeniu Komisji.

.....

data i podpis