*Projekt*

**Uchwała Nr ……/……/19**

**Rady Miejskiej w Reszlu**

z dnia ………………r.

**w sprawie: zmian w uchwale w sprawie określenia rodzaju świadczeń oraz warunki przyznawania pomocy zdrowotnej nauczycielom zatrudnionym w szkołach i placówkach, których organem prowadzącym jest Gmina Reszel**

 *Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2019r. poz.506) oraz art. 72 ust.1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 967 z późn. zm.) po uzyskaniu opinii związków zawodowych zrzeszających nauczycieli*

**uchwala się, co następuje:**

**§ 1. 1.** W uchwale Nr XLIII/292/2017 z dnia 28 września 2017 roku w sprawie określenia rodzaju świadczeń oraz warunki przyznawania pomocy zdrowotnej nauczycielom zatrudnionym w szkołach i placówkach, których organem prowadzącym jest Gmina Reszel wprowadza się następujące zmiany:

1. § 6 ust. 2 pkt 2 uchwały otrzymuje brzmienie: „ członek – osoba wskazana przez dyrektora szkoły”.
2. § 6 ust. 8 uchwały otrzymuje brzmienie: „Członkowie Komisji Zdrowotnej składają oświadczenie o tajemnicy danych osób ubiegających się o przyznanie pomocy zdrowotnej, którego wzór stanowi Załącznik nr 2 do niniejszej uchwały”
3. Załącznik nr 1, o którym mowa w § 4 ust. 1 oraz Załącznik nr 2, o którym mowa w § 6 ust. 8 otrzymuje brzmienie jak w Załączniku nr 1 i Załączniku nr 2 do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Reszla.

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia jej ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym

Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

 *Załącznik Nr 1*

 *do Uchwały Nr ……../…../19*

 *Rady Miejskiej w Reszlu*

 *z dnia ………….. r.*

**BURMISTRZ RESZLA**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

Wnioskodawca (imię i nazwisko)

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

Adres i nr telefonu

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

Szkoła (placówka) , w której nauczyciel jest lub był zatrudniony

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

Forma przekazania środków:

Kasa (tak-nie)\*

Nr konta ………………………………………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………………….

 (*potwierdzenie dyrektora o zatrudnieniu lub przejściu na emeryturę/rentę)*

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego.

Uzasadnienie:

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

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

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

Wnioskowana kwota świadczenia wynosi: ...............................................................................................

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

1) aktualne zaświadczenie lekarskie,

2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (faktury, rachunki),

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

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

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

 *(data i podpis wnioskodawcy)*

**Opinia Komisji Zdrowotnej:**

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

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

Proponowana wysokość świadczenia: ......................................................................................................

Słownie złotych: .......................................................................................................................................

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

1. ...........................................................................................
2. ...........................................................................................
3. .........................................................................................
4. ..........................................................................................
5. .........................................................................................
6. ..........................................................................................

**Decyzja Burmistrza :**

Przyznaję świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej\*, w wysokości: ................................................ zł

(słownie złotych:.......................................................................................................................................)

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej\* (uzasadnienie)

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

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

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

 *(data i podpis Burmistrza )*

*\*należy podkreślić*

 *Załącznik Nr 2*

 *do Uchwały Nr ……../…../19*

 *Rady Miejskiej w Reszlu*

 *z dnia ………….. r.*

Reszel …………………………….

**OŚWIADCZENIE**

 Oświadczam, iż zgodnie z zapisami 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 („RODO”) zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień oraz zachowania w tajemnicy wszystkich danych dotyczących dokumentów i spraw osobowych poruszanych na posiedzeniu Komisji Zdrowotnej w dniu ……………………………………………………….

Członkowie Komisji Zdrowotnej, powołani Zarządzeniem Burmistrza.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Podpis |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |