



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO

Gorzów Wielkopolski, dnia 23 grudnia 2020 r.

Poz. 3056

UCHWAŁA NR XXVII/168/20 RADY MIEJSKIEJ W DOBIEGNIEWIE

z dnia 30 listopada 2020 r.

w sprawie określenia rodzaju świadczeń, warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli placówek oświatowych prowadzonych przez Gminę Dobiegniew

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2020r., poz. 713), art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019r., poz. 2215), Rada Miejska w Dobiegniewie uchwala, co następuje:

§ 1. Określa się rodzaj świadczeń przyznawanych w ramach środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, a także warunki i sposób ich przyznawania, które ustala „Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli placówek oświatowych prowadzonych przez Gminę Dobiegniew”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Dobiegniewa.

§ 3. Traci moc Uchwała Nr XLIV/306/2010 Rady Miejskiej w Dobiegniewie z dnia 1 czerwca 2010r. w sprawie określenia warunków, rodzaju świadczeń i sposobu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolu i szkołach prowadzonych przez Gminę Dobiegniew.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od opublikowania w Dzienniku Urzędowym Województwa Lubuskiego.

Wiceprzewodniczący Rady Miejskiej w Dobiegniewie
Leszek Wieczór

Załącznik Nr 1
do uchwały Nr XXVII/168/20
Rady Miejskiej w Dobiegniewie
z dnia 30 listopada 2020 r.

Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli placówek oświatowych prowadzonych przez Gminę Dobiegniew

§ 1. Gospodarowanie środkami funduszu:

1. Fundusz zdrowotny z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli uprawnionych do korzystania z funduszu tworzą środki finansowe określone corocznie w uchwale budżetowej.

2. Środkami, o których mowa w pkt. 1 dysponuje Burmistrz Dobiegniewa.

§ 2. Warunki przyznawania pomocy zdrowotnej i rodzaj świadczeń:

1. Wniosek o przyznanie pomocy pieniężnej zainteresowani składają do dyrektora placówki oświatowej w której pracują, a w przypadku nauczycieli emerytów do dyrektora szkoły lub przedszkola, która była ostatnim miejscem ich pracy. Wzór wniosku określa załącznik Nr 1 do regulaminu.

2. Wniosek o przyznanie nauczycielowi świadczenia zdrowotnego może złożyć:

- 1) nauczyciel oraz wymienieni w art. 72 ust 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela,
- 2) przełożony nauczyciela po uzyskaniu zgody zainteresowanego,
- 3) opiekun prawny, jeżeli nauczyciel nie jest zdolny osobiście do określonych czynności w tym zakresie.

3. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w formie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego na częściowe pokrycie wydatków poniesionych w związku z:

- 1) ciężką lub przewlekłą chorobą,
- 2) korzystaniem z pomocy specjalistycznej, w tym ze specjalistycznych badań,
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym, koniecznością dalszego leczenia w domu,
- 4) długotrwałą rehabilitacją, w tym związaną z chorobą zawodową,
- 5) zakupem leków i poniesionych wydatków związanych z procesem leczenia,
- 6) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego,
- 7) koniecznością zakupu medycznych środków pomocniczych niezbędnych do wykonywania zawodu lub ułatwiających dalsze funkcjonowanie (np. szkła korekcyjne, aparat słuchowy),

4. Wysokość świadczenia pieniężnego ustala się w ramach posiadanych środków finansowych.

5. Wysokość przyznanego świadczenia pieniężnego uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych (np. konieczność stosowania specjalistycznych leków, zapewnienia dodatkowej opieki chorego, dojazdu do lekarza),
- 2) wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia,
- 3) sytuacji losowej wywołanej chorobą,
- 4) wysokości dochodu na członka rodziny.

6. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę,
- 2) dokumenty imienne potwierdzające poniesione koszty leczenia,
- 3) oświadczenie o dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny, zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik Nr 2 do niniejszego regulaminu,
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie nauczycielowi pomocy zdrowotnej.

7. Pomoc zdrowotna może być przyznawana dwa razy w roku kalendarzowym. W szczególnych przypadkach świadczenie zdrowotne może być przyznawane częściej niż dwa razy w danym roku.

8. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej są rozpatrywane dwa razy w roku.

9. Wniosek złożony:

- 1) do dnia 31 maja danego roku zostanie rozpatrzony w terminie do dnia 30 czerwca tego samego roku,
- 2) do dnia 31 października danego roku zostanie rozpatrzony w terminie do dnia 30 listopada tego samego roku.
- 3) Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej ewidencjonowane są w rejestrze. Wzór rejestru stanowi załącznik Nr 3 do niniejszego regulaminu.

10. Środki funduszu zdrowotnego niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.

Załącznik Nr 1 do Regulaminu

WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZEŃ Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO NAUCZYCIELI

1. Imię i nazwisko nauczyciela:	
2. Adres zamieszkania:	
3. Telefon kontaktowy:	
4. Status nauczyciela:	Nauczyciel czynny zawodowo /emeryt
5. Nazwa szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony:	
6. Wymiar etatu:	
7. Uzasadnienie wniosku:	
8. Nazwa banku oraz numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną:	
9. Do wniosku załączam następujące załączniki:	<ul style="list-style-type: none"> • Aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę • Dokumenty imienne potwierdzające poniesione koszty leczenia • Oświadczenie o dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny • Inne dokumenty – wymienił jakie
Data:	Czytelny podpis nauczyciela:
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz załączonych załącznikach dla celów związanych z przyznaniem pomocy zdrowotnej zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018r. poz.1000 ze zm.)	<p>Data :</p> <p>Czytelny podpis nauczyciela:</p>

POTWIERDZENIE UPRAWNIENÍ:

Niniejszym potwierdzam, że Pan/Pani
posiada/ nie posiada uprawnień do korzystania z funduszu zdrowotnego nauczycieli.

.....
pieczęć i podpis dyrektora placówki oświatowej

OPINIA KOMISJI I PROPONOWANA WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA:

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

Podpisy członków Komisji:

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

DECYZJA:

Udzielono/ nie udzielono świadczenia z funduszu zdrowotnego w wysokości:..... (słownie
zł.....)

.....
(Miejscowość i data)

.....
(podpis przewodniczącego)

.....
 (imię i nazwisko)

 (adres zamieszkania)

Załącznik Nr 2 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE**O DOCHODACH BRUTTO PRZYPADAJĄCYCH NA CZŁONKA RODZINY****We wspólnym gospodarstwie domowym wraz ze mną pozostają następujące osoby:**

Lp.	Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia dziecka	Miejsce pracy/szkoła

Średni dochód brutto z 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku:

Lp.	Nazwisko i imię	Dochód brutto	W tym z tytułu:				
			Umowa o pracę	Emerytura/ Renta	Zasiłek dla bezrobotnych	Dochód z pracy za granicą	Działalność gospodarcza

Łączna suma dochodów wszystkich osób wynosi :zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym :zł

Średni dochód brutto przypadający na osobę wynosi :zł

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.

.....
 (miejsce, data)

.....
 (czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

