



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO

Gorzów Wielkopolski, dnia 14 lutego 2023 r.

Poz. 499

UCHWAŁA NR XLII/272/2023 RADY MIEJSKIEJ W LUBNIEWICACH

z dnia 30 stycznia 2023 r.

w sprawie przyjęcia regulaminu określającego rodzaje oraz sposób i warunki przyznawania świadczeń ze środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023r., poz. 40 ze zm.) oraz art. 72 ust. 1 w związku z art. 91 d pkt. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021r., poz. 1762 ze zm.):

§ 1. Ustala się „Regulamin określający rodzaje oraz sposób i warunki przyznawania świadczeń dla nauczycieli szkół i przedszkola prowadzonych przez Gminę Lubniewice, ze środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli”, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Lubniewic.

§ 3. Traci moc uchwała nr XIV/115/2016 z dnia 25 lutego 2016r.

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

Przewodniczący Rady Miejskiej
Tomasz Janiszewski

**Załącznik
do uchwały Nr XLII/272/2023
Rady Miejskiej w Lubniewicach
z dnia 30 stycznia 2023r.**

REGULAMIN

określający rodzaje oraz sposób i warunki przyznawania świadczeń dla nauczycieli szkół i przedszkola prowadzonych przez Gminę Lubniewice, ze środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zwany dalej Funduszem Zdrowotnym.

§ 1. Regulamin określa:

1. rodzaje przyznawanej pomocy zdrowotnej dla nauczycieli,
2. szczegółowe zasady i warunki przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, w tym osoby uprawnione do korzystania z pomocy zdrowotnej,
3. wymagane dokumenty do wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej.

§ 2. Ilekroć w regulaminie jest mowa o:

1. szkole – należy przez to rozumieć szkoły, przedszkole i oddziały przedszkolne, dla których organem prowadzącym jest Gmina Lubniewice;
2. dyrektorze – należy przez to rozumieć dyrektora placówki, o której mowa w pkt 1;
3. nauczycielu – należy przez to rozumieć nauczycieli zatrudnionych w placówkach, o których mowa w pkt 1.

§ 3. 1. Wysokość środków finansowych na Fundusz Zdrowotny, określona jest corocznie w uchwale budżetowej Gminy Lubniewice na dany rok:

- 1) wysokość środków nie podlega zmianom w ciągu roku;
- 2) środkami na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje Burmistrz Lubniewic;
- 3) pomoc z Funduszu Zdrowotnego udzielana jest nauczycielowi w formie pieniężnej zapomogi nie częściej niż raz w danym roku kalendarzowym, za wyjątkiem zakupu szkielek korekcyjnych (nie częściej niż raz na 3 lata);
- 4) środki finansowe niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.

§ 4. Osobami uprawnionymi do korzystania z Funduszu Zdrowotnego są:

1. nauczyciele,
2. nauczyciele emeryci i renciści oraz otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

§ 5. 1. Świadczenia pomocy zdrowotnej przyznaje się nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej w związku z:

- 1) przewlekłą chorobą lub gdy przebieg choroby jest bardzo ciężki;
 - 2) leczeniem szpitalnym z koniecznością dalszego leczenia w domu lub sanatorium;
 - 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym;
 - 4) ponoszeniem kosztów zakupu szkielek korekcyjnych (maksymalna kwota dofinansowania to 300 zł).
2. Wysokość przyznanej zapomogi uzależniona jest od:
- 1) rodzaju i przebiegu choroby;
 - 2) wysokości poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia;
 - 3) wysokości dochodu, przypadającego na jednego członka rodziny;
 - 4) świadczenia z Funduszu Zdrowotnego mają charakter bezzwrotny;
 - 5) wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie Gminy Lubniewice na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

§ 6. Warunki i tryb przyznawania świadczenia pomocy zdrowotnej.

1. Warunkiem przyznania świadczenia pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku z wymaganą dokumentacją do Dyrektora.

2. Dyrektorzy opiniują wnioski i przekazują do Burmistrza Lubniewic w terminie 7 dni od daty otrzymania wniosku.

3. Z wnioskiem o przyznanie zapomogi dla nauczyciela może wystąpić również przedstawiciel związków zawodowych, opiekun, jeżeli nauczyciel nie jest zdolny osobiście do podejmowania czynności w tym zakresie.

4. Do wniosku należy dołączyć:

1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela;

2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia;

3) w przypadku zwrotu kosztów poniesionych na szkła korekcyjne:

a) orzeczenie lekarskie lub zaświadczenie wydane przez uprawnionego lekarza okulistę,

b) dokument potwierdzający zakup okularów korekcyjnych z wyszczególnieniem rodzaju wprawionych szkieł;

4) oświadczenie o dochodzie netto na jednego członka rodziny – przeciętny miesięczny dochód na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku

5. Przy rozpatrywaniu wniosków należy brać pod uwagę nie tylko koszty leczenia, ale również całokształt okoliczności wpływających na sytuację materialną (przewlekła choroba, konieczność dalszego leczenia w domu, stosowanie specjalistycznej diety, zapewnienie dodatkowej opieki dla chorego, itp.).

6. Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu składa się do Dyrektora najpóźniej do 15 listopada danego roku.

7. Wypłaty przyznanego świadczenia dokonuje Gmina Lubniewice.

8. Wysokość wszystkich przyznaných świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej nie może przekroczyć w danym roku kalendarzowym kwoty przeznaczonej na ten cel w budżecie Gminy Lubniewice.

9. Wnioski nauczycieli są analizowane pod względem formalnym, rachunkowym oraz opiniowane przez Komisję powołowaną przez Burmistrza.

10. Wnioski, które nie zawierają dokumentów określonych w § 6 ust. 4 pkt 1, 3 i 4 nie podlegają rozpoznaniu.

11. Komisja rozpatruje wnioski w okresie jednego miesiąca, licząc od daty przekazania przez Dyrektora zaopiniowanego wniosku Burmistrzowi Lubniewic.

Załącznik nr 1 do regulaminu**Wniosek o przyznanie świadczenia pomocy zdrowotnej**

Nauczyciel (imię i nazwisko)

.....

Adres zamieszkania i nr telefonu

.....

Status nauczyciela (czynny, emeryt, rencista, świadczenie kompensacyjne)

.....

Łączny wymiar zatrudnienia

.....

Nazwa szkoły lub placówki oświatowej, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony

.....

Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....

.....

.....

.....

Wysokość średniego miesięcznego dochodu netto z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, przypadającego na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosi

.....

Ilość osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego

Dokumenty załączone do wniosku, o których mowa w § 6 ust. 4 regulaminu:

.....

.....

Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznane świadczenie:

.....

Oświadczam, że załączone faktury lub rachunki potwierdzające poniesione przeze mnie koszty leczenia nie zostały wcześniej przedstawione do otrzymania jakichkolwiek świadczeń ze środków budżetu Gminy Lubniewice.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

miejsowość, data

.....

.....
podpis**Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych.**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Burmistrza Lubniewic z siedzibą w Lubniewicach ul. Jana Pawła II 51 69 – 210 Lubniewice w celu przyznania świadczenia pomocy zdrowotnej.

2. Podaje dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

3. Zapoznałem (-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o prawach osoby której dane dotyczą dostępu do danych osobowych, w tym uzyskania kopii tych danych; sprostowania (poprawiania) danych osobowych; zadania usunięcia danych osobowych; zadania ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

4. Wiem, że moja zgoda może by przeze mnie odwołaną w każdym czasie.

.....

data, miejscowość

.....

czytelny podpis

Wypełnia dyrektor szkoły

Potwierdzam, że Pan(i) (imię i nazwisko): jest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.

1. jest nauczycielem zatrudnionym w (nazwa szkoły/placówki) w łącznym wymiarze etatu;

2. jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w (nazwa szkoły/placówki);

3. jest byłym nauczycielem zlikwidowanej szkoły (nazwa szkoły/placówki)

4. pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany w (nazwa szkoły/placówki)

Potwierdzam, że wniosek został zweryfikowany, zawiera wszystkie dokumenty niezbędne do przyznania świadczenia pomocy zdrowotnej.

.....

pieczęć szkoły

.....

data i podpis dyrektora