



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

---

Szczecin, dnia 7 maja 2018 r.

Poz. 2225

### UCHWAŁA NR XXXV/179/2018 RADY GMINY BRZEŻNO

z dnia 22 marca 2018 r.

#### **w sprawie wysokości środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz określenia rodzajów świadczeń w ramach tej pomocy, warunków i sposobów ich przyznawania**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1875 ze zm.), art. 72 ust. 1, w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1189 ze zm.) Rada Gminy Brzeżno uchwala, co następuje:

**§ 1.** Ustala się zasady przyznawania środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz określa się rodzaje świadczeń w ramach tej pomocy a także warunki i sposób ich przyznawania, które określa Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach dla których organem prowadzącym jest Gmina Brzeżno, stanowiący załącznik Nr 1 do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Brzeżno.

**§ 3.** Traci moc uchwała Nr XVIII/71/08 Rady Gminy Brzeżno z dnia 28 kwietnia 2008 r. w sprawie ustalenia Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej nauczycielom szkół i oddziałów przedszkolnych prowadzonych przez Gminę Brzeżno.

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

Przewodniczący Rady Gminy

**Andrzej Janas**

Załącznik Nr 1 do Uchwały  
Nr XXXV/179/2018  
Rady Gminy Brzeżno  
z dnia 22 marca 2018 r.

### **Regulamin Funduszu Zdrowotnego**

**§ 1.** 1. Niniejszy regulamin stosuje się w Publicznej Szkole Podstawowej im. Kard. Ignacego Jeża w Brzeżnie, dla której organem prowadzącym jest Gmina Brzeżno.

2. Regulamin określa:

- 1) tryb naliczania Funduszu Zdrowotnego;
- 2) procedurę przyznawania pomocy zdrowotnej;
- 3) szczegółowe zasady i warunki przyznawania pomocy zdrowotnej;
- 4) wymagane dokumenty, które należy złożyć wraz z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej.

**§ 2.** 1. W budżecie Gminy Brzeżno przeznacza się środki finansowe na pomoc zdrowotną dla nauczycieli w wysokości określonej corocznie w stosownej uchwale.

2. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli są przekazywane do szkoły i stanowią Szkolny Fundusz Zdrowotny.

3. Środkami, o których mowa ust. 2, dysponuje dyrektor szkoły.

4. Do dyrektora szkoły mają zastosowanie odpowiednio przepisy dotyczące przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

**§ 3.** Do korzystania z Funduszu Zdrowotnego uprawnieni są nauczyciele zatrudnieni w szkole oraz emerytowani nauczyciele i nauczyciele na rencie, którzy przed przejściem na emeryturę lub rentę zatrudnieni byli w szkole.

**§ 4.** 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w formie jednorazowego świadczenia pieniężnego związku z:

- 1) przewlekłą lub ciężką chorobą;
  - 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym z koniecznością dalszego leczenia w domu;
  - 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym;
2. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej osoby składającej wniosek, wysokości poniesionych kosztów leczenia i posiadanych przez szkołę środków finansowych.

**§ 5.** 1. Dyrektor szkoły może powołać Komisję do rozpatrywania wniosków nauczycieli o pomoc zdrowotną.

2. Komisja rozpatruje wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej raz na kwartał. W uzasadnionych przypadkach posiedzenia Komisji mogą odbywać się częściowo.

3. Decyzję o przyznaniu wysokości pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zgodnie z opinią Komisji, podejmuje dyrektor szkoły a dla dyrektora Wójt Gminy Brzeżno.

§ 6. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej nauczycielowi jest złożenie wniosku do dyrektora szkoły. Dyrektor szkoły składa wniosek do Wójta Gminy Brzeżno. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

2. Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej dyrektorowi szkoły rozpatruje Wójt Gminy Brzeżno.

3. Do wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej należy dołączyć:

- a) zaświadczenie o leczeniu od lekarza rodzinnego lub specjalisty;
- b) kserokopie dokumentów potwierdzających poniesione koszty leczenia;
- c) oświadczenie o przeciętnych dochodach (brutto) na jednego członka rodziny osiągniętych w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających okres ubiegania się o pomoc zdrowotną. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu;
- d) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej nauczycielowi;

4. Wnioski, które nie zawierają dokumentów określonych w § 6. ust 3, pozostają bez rozpatrzenia.

5. Nauczyciel może ubiegać się o pomoc zdrowotną raz w roku.

§ 7. 1. Wypłaty przyznanej pomocy zdrowotnej dla nauczycieli dokonuje szkoła.

2. Wysokość wszystkich przyznanych w danym roku świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej nie może przekroczyć kwoty Funduszu Zdrowotnego przyjętego na dany rok.

3. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku budżetowym nie przechodzą na rok następny.

Załącznik nr 1  
do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

.....  
miejscowość, data

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

.....  
tel. kontaktowy

**Dyrektor  
Publicznej Szkoły Podstawowej  
im. Kard. Ignacego Jeża  
Brzeźno 15  
78-316 Brzeźno**

**Wniosek  
o przyznanie pomocy zdrowotnej**

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli w związku z:

Uzasadnienie: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Do wniosku załączam:

1. zaświadczenie o leczeniu od lekarza rodzinnego lub specjalisty
2. kserokopie dokumentów potwierdzających poniesione koszty leczenia
3. oświadczenie o dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny

4. inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej nauczycielowi:

- .....
- .....
- .....

Przyznane środki finansowe proszę o przekazanie na poniżej wskazany rachunek bankowy:

.....

.....  
podpis Wnioskodawcy

**Opinia Komisji:**

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

**Podpisy Komisji:**

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

**Decyzja dyrektora**

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

.....  
Miejscowość, data

Załącznik nr 2  
do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

.....  
miejsowość, data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w okresie ostatnich trzech miesięcy łączne dochody brutto wszystkich członków mojej rodziny (wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) wyniosły: ..... zł, co w przeliczeniu na ..... osób będących na moim utrzymaniu stanowi: ..... zł na jedną osobę.

.....  
podpis Wnioskodawcy