

P. Gabelok
- 0110

**UCHWAŁA NR V/39/2019
RADY GMINY ZBICZNO**

z dnia 26 lutego 2019 r.

w sprawie przyjęcia Regulaminu udzielania pomocy finansowej z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 r. poz. 994 ze zm.) oraz art. 72 ust. 1, w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018 r. poz. 967 ze zm.), po zasięgnięciu opinii związków zawodowych, uchwala się, co następuje:

§ 1. Uchwala się Regulamin udzielania pomocy finansowej z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną określający zasady udzielania pomocy finansowej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Zbiczno oraz dla nauczycieli emerytów i rencistów tych szkół.

§ 2. Regulamin, o którym mowa w § 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Zbiczno.

§ 4. Traci moc regulamin gospodarowania funduszem zdrowotnym dla nauczycieli przedszkoli, szkół podstawowych i gimnazjów w Gminie Zbiczno przyjęty przez Zarząd Gminy Zbiczno na posiedzeniu w dniu 25 kwietnia 2001 roku.

§ 5. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Kujawsko-Pomorskiego.



Przewodniczący Rady Gminy
Zbiczno

Radosław Stawski

REGULAMIN UDZIELANIA POMOCY FINANSOWEJ Z PRZEZNACZENIEM NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI

§ 1. 1. Regulamin określa: zasady udzielania pomocy finansowej z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Zbiczno oraz nauczycieli emerytów i rencistów tych szkół.

2. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określa corocznie uchwała budżetowa Rady Gminy Zbiczno.

§ 2. 1. Funduszem zdrowotnym, o którym mowa w § 1 ust. 2 dysponują dyrektorzy zespołów szkół.

2. W celu racjonalnego gospodarowania funduszem zdrowotnym, dyrektorzy powołują komisję ds. pomocy zdrowotnej. Skład osobowy Komisji powinien liczyć nie mniej niż 3 nauczycieli oraz po jednym przedstawicielu związków zawodowych działających w Zespole Szkół.

3. Do zadań komisji należy opiniowanie wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej.

4. Członkowie Komisji składają oświadczenia o zachowaniu tajemnicy danych osób ubiegających się o przyznanie pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 ze zm.).

5. Rozpatrywanie wniosków odbywać się będzie dwa razy w roku, w uzasadnionych przypadkach posiedzenia Komisji mogą odbywać się częściej.

6. Decyzję o przyznaniu pomocy zdrowotnej, zgodnie z opinią Komisji, podejmuje dyrektor szkoły, a w przypadku przyznania pomocy finansowej dyrektorowi szkoły, decyzję podejmuje Wójt Gminy Zbiczno. Od decyzji nie przysługuje odwołanie.

§ 3. Osobami uprawnionymi do korzystania z funduszu zdrowotnego są nauczyciel zatrudnieni na czas nieokreślony, w wymiarze co najmniej ½ etatu oraz emeryci i renciści – byli nauczyciele szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Zbiczno.

§ 4. 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej w związku z:

- 1) długotrwałą chorobą (nieuleczalną, przewlekłą);
- 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym;
- 3) nagłym zdarzeniem losowym (ciężka choroba, wypadek);
- 4) zabiegami rehabilitacyjnymi;
- 5) wizytami u lekarzy specjalistów;
- 6) zakupem leków i sprzętu medycznego;
- 7) zakupem okularów korekcyjnych (raz na dwa lata);

§ 5.1. Pomoc zdrowotna udzielona jest w formie zasiłku pieniężnego.

2. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) zaawansowanej choroby, okresu jej trwania oraz wysokości kosztów leczenia;
- 2) sytuacji materialnej rodziny uprawnionego;
- 3) wysokości środków finansowych zaplanowanych w uchwale budżetowej.

§ 6.1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku wraz z załącznikami na drukach, stanowiących załącznik nr 1 i 2 do niniejszego regulaminu.

2. Do wniosku o przyznanie zasiłku pieniężnego należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie nauczyciela związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego wydane w roku, w którym uprawniony składa wniosek;
- 2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty leczenia wydane w roku, w którym uprawniony składa wniosek;
- 3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela (średni miesięczny dochód brutto nauczyciela, współmałżonka i dorosłych członków rodziny, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, ze wszystkich źródeł przychodu z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, wraz z oświadczeniem o liczbie osób pozostających na wyłącznym utrzymaniu nauczyciela – przy czym dzieci uczące się nie dłużej niż do 26 roku życia – z wyliczoną wysokością dochodu przypadającą na jednego członka rodziny) – załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.

3. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do przyznania pomocy zdrowotnej.

§ 7.1. Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej składają nauczyciele w terminach: do 15 maja i do 15 listopada każdego roku.

2. Wniosek należy składać w sekretariacie zespołu szkół.

§ 8.1. Decyzje o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej bądź decyzją odmowną podejmuje dyrektor zespołu, a w przypadku dyrektora Wójta Gminy, biorąc pod uwagę okoliczności wymienione w § 4 i § 5 ust. 2.

2. Decyzja dyrektora zespołu szkół lub decyzja Wójta Gminy w sprawie przyznania lub odmowy przyznania pomocy zdrowotnej jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie.

§ 9.1. Nauczyciel ma prawo wystąpić z wnioskiem jeden raz w roku.

2. Wysokość wszystkich przyznanych świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej nie może przekroczyć w danym roku kwoty przeznaczonej na ten cel w uchwale budżetowej.

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



Przewodniczący Rady Gminy

Radosław Stawski
mgr Radosław Stawski

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Nauczyciel (imię i nazwisko)

Adres zamieszkania

Czynny, emerytowany, przebywający na rencie* niepotrzebne skreślić

Nr rachunku bankowego

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego.

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

Załączniki:

1.

2.

3.

4.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Opinia komisji zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

.....

.....

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

1. 2. 3. 4.

5. 6.

Decyzja dyrektora zespołu szkół/wójta Gminy

Przyznaję/nie przyznaję pomoc zdrowotną w kwocie:

(słownie:)

.....

miejsowość, data

.....
podpis dyrektora/wójta

Do wniosku należy dołączyć:

1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie nauczyciela związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego wydane w roku, w którym uprawniony składa wniosek;

2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty leczenia wydane w roku, w którym uprawniony składa wniosek;

3) oświadczenie o dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny.



Przewodniczący Rady Gminy

[Signature]
mgr Radosław Stawski

OŚWIADCZENIE O SYTUACJI MATERIALNEJ RODZINY NAUCZYCIELA

Nauczyciel (imię i nazwisko)

Adres zamieszkania

Liczba osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)

Lp.	Dotyczy	Wysokość dochodu* brutto w zł
1.	Dochód nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku	
2.	Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku	
3.	Łączny dochód rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku (poz. 1+ poz.2)	
4.	Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny (poz. 3: liczba osób w rodzinie : 3)	

* wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochody z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną).

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
miejsowość, data.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Przewodniczący Rady Gminy

mgr Radosław Stawski