

**UCHWAŁA NR IV/55/2019
RADY GMINY KOŁBASKOWO**

z dnia 25 lutego 2019 r.

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

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018r., poz. 994 ze zm.), art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018r., poz. 967), Rada Gminy Kołbaskowo 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 Kołbaskowo”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy.

§ 3. Traci moc Uchwała Nr IX/95/07 Rady Gminy Kołbaskowo z dnia 24 września 2007r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania w placówkach oświatowych na terenie Gminy Kołbaskowo (Dziennik Urzędowy Woj. Zachodniopomorskiego z 2008r. Nr 3, poz. 89).

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

Przewodnicząca Rady Gminy


Dorota Trzebińska

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

§ 1. W budżecie Gminy Kołbaskowo corocznie przeznacza się środki finansowe na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

§ 2. 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w formie 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),
- 8) odpłatnością za leczenie uzdrowiskowe przysługujące na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Częściowe pokrycie wydatków, o których mowa w ust. 1 pkt 6 nie obejmuje refundacji kosztów pokrytych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 3. 1. Wysokość świadczenia pieniężnego ustala się w ramach posiadanych środków finansowych i nie może ona przekraczać 500 zł.

2. 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.

§ 4. 1. Pomoc zdrowotna udzielana jest na wniosek nauczyciela. Wzór wniosku stanowi załącznik Nr 1 do niniejszego regulaminu.

2. 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.

3. Wniosek o przyznanie nauczycielowi świadczenia zdrowotnego może złożyć przełożony nauczyciela, przedstawiciel związków zawodowych, rada pedagogiczna lub opiekun, jeżeli nauczyciel nie jest zdolny osobiście do czynności w tym zakresie.

4. Pomoc zdrowotna przysługuje nauczycielowi raz w roku.

§ 5. 1. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej są rozpatrywane dwa razy w roku.

2. 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.

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

WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO NAUCZYCIELI

1. Imię i nazwisko nauczyciela:	
2. Adres zamieszkania:	
3. Telefon kontaktowy:	
4. Status nauczyciela:	nauczyciel czynny zawodowo / emeryt / rencista ^{*)}
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- wymienić jakie 	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>data</div> <div>czytelny podpis nauczyciela</div> </div>	
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz złożonych załącznikach dla celów związanych z przyznaniem pomocy zdrowotnej zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 ze zm.).	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>data</div> <div>czytelny podpis nauczyciela</div> </div>	

POTWIERDZENIE UPRAWNIENÍ:

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

.....
(pieczęć i podpis dyrektora szkoły)

OPINIA KOMISJI I PROPONOWANA WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA:

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

Podpisy członków Komisji:

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

DECYZJA :

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis)

* niepotrzebne skreślić

** wypełnia nauczyciel czynny zawodowo

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

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 miesiąca poprzedzającego 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 brutto wszystkich osób wynosi: zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym :

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.

.....
(miejscowość, data)

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

Rejestr wniosków o przyznanie pomocy z funduszu zdrowotnego

Lp.	Data	Nazwisko i imię wnioskodawcy	Status zawodowy: P-pracujący E- emeryt/rencista	Kwota przyznanej pomocy zdrowotnej	Data otrzymanej ostatnio pomocy zdrowotnej	Uwagi