

**Uchwała Nr
Rady Gminy Kołbaskowo
z dnia 2019r.**

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

Pod względem prawnym
opiniuję bez zastrzeżeń

Jerzy Adamiec
RADCA PRAWNY

SpowolnTB:

DYREKTOR

Zespołu Ekonomii i Administracji Gminy Kołbaskowo

Wanda Kupińska
Wiceprezesa Zarządu

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. – Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2018r., poz.967) do kompetencji Rady Gminy należy określenie wysokości środków finansowych z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz określenie rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunki i sposób ich przyznawania. Fundusz na pomoc zdrowotną dla nauczycieli tworzony jest na dany rok budżetowy w wysokości 0,3% planowanych środków na wynagrodzenia nauczycieli. W roku 2019 fundusz zdrowotny wynosi 22 325 zł.

Uchwałą Rady Gminy Kołbaskowo wprowadzono regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli placówek prowadzonych przez Gminę Kołbaskowo.

Projekt uchwały został zaopiniowany przez związki zawodowe.

Sporządziła;

DYREKTOR
Zespołu Ekonomiczno-Administracyjnego ZAM
A. Koplinska
Wanda Kołbaskowa-Kołbaskowo

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

§ 1. W budżecie Gminy Kołbaskowo corocznie przeznaczają 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.

SpompolniTos

DYREKTOR
Zespołu Ekologiczno-Administracyjnego
W. Kaplewska
Wanda Kaplewska-Początko

**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 	
data	czytelny podpis nauczyciela
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.).	
data	czytelny podpis nauczyciela

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:)

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć i podpis)

* niepotrzebne skreślić

** wypełnia nauczyciel czynny zawodowo

Grampolite

DYREKTOR

Zespół Szkół Gimnazjum i Liceum w Grampolite

W. Kopyńska

Wanda Kopyńska

.....
(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)

Gospodarstwo

DYREKTOR
Główny Urząd Statystyczny
B. Koplewski
ul. Kopernika 17, Warszawa

