UCHWAŁA NR V(27)2019
RADY GMINY DYNÓW

z dnia 3 kwietnia 2019 r.

w sprawie uchwalenia Regulaminu Funduszy Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Dynów.

Na podstawie art. 18 ust.2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U z 2019 r., poz. 506 ze zm.), art. 72 ust. 1 i 4 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 uzyskaniu opinii związków zawodowych, Rada Gminy Dynów uchwala, co następuje:

§ 1. Uchwala się Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Dynów, w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Traci moc uchwała Nr IV(18)2007 Rady Gminy w Dynowie z dnia 9 marca 2007 roku w sprawie rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Dynów

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

Przewodniczacy Rady Gminy
Dynów

Franciszek Pilip

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr V(27)2019

Rady Gminy Dynów

z dnia 3 kwietnia 2019 r.

Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Dynów.

Rozdział 1.
Postanowienia wstępne

§ 1. 1. Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Dynów, zwany dalej Regulaminem, określa:

1) tryb przyznawania środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli,

2) dokumenty wymagane, w celu potwierdzenia uprawnień do uzyskania pomocy finansowej z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli,

3) szczegółowe zasady przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

2. Ilekroć w niniejszym Regulaminie jest mowa bez bliższego określenia o:

1) organie prowadzącym - należy przez to rozumieć Gminę Dynów,

2) wójcie - należy przez to rozumieć Wójta Gminy Dynów,

3) nauczycielu - należy przez to rozumieć nauczycieli, wychowawców i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w wymiarze nie niższym niż ½ etatu w szkołach podstawowych, oddziałach przedszkolnych, przedszkolach oraz nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub na nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, zwany dalej również Wnioskodawcą,

4) szkole - należy przez to rozumieć szkoły podstawowe, oddziały przedszkolne, przedszkola, dla których organem prowadzącym jest Gmina Dynów,

5) wniosku - należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej,

6) funduszu zdrowotnym nauczycieli- należy przez to rozumieć środki finansowe przeznaczone w budżecie Gminy Dynów na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej,

7) świadczeniu - należy przez to rozumieć świadczenie przyznawane w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej,

8) minimalne wynagrodzenie - należy przez to rozumieć wynagrodzenie ustalone na podstawie odrębnych przepisów.

§ 2. 1. Ze świadczeń Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli mogą skorzystać nauczyciele, którzy złożą wniosek.

2. Nauczyciel spełnia kryterium wymiaru zatrudnienia uprawniającego do świadczeń z Funduszu Zdrowotnego, także wtedy gdy jest zatrudniony w kilku szkołach prowadzonych przez Gminę Dynów, w każdej z nich w wymiarze niższym niż ½ obowiązującego go wymiaru zajęć, łącznie jednak w wymiarze, co najmniej ½ obowiązującego go wymiaru zajęć.

3. Fundusz Zdrowotny nauczycieli tworzą środki finansowe wyodrębnione w budżecie Gminy Dynów, w każdym roku, wskazane w uchwale budżetowej Gminy Dynów.

4. Środkami finansowymi, o których mowa w ust.3 dysponuje organ prowadzący, reprezentowany przez Wójt Gminy Dynów.

Rozdział 2.
Warunki i tryb wnioskowania o pomoc zdrowotną.

§ 3. Pomoc zdrowotna dla nauczycieli przyznawana jest w związku z:

1) ciężką lub przewlekłą chorobą,

2) leczeniem szpitalnym,

3) leczeniem specjalistycznym,

4) zakupem protez, sprzętu rehabilitacyjnego i aparatury medycznej,

5) zakupem leków, które zostały przepisane na schorzenia z powodu którego nauczyciel występuje o pomoc zdrowotną.

- w związku z poniesionymi z w/w tytułów wydatkami.

§ 4. 1. Podstawą przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku, którego wzór stanowi złącznik do niniejszego regulaminu.

2. Do wniosku należy dołączyć:

1) aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia nauczyciela wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę,

2) dokumenty potwierdzające poniesione koszt leczenia nauczyciela - imienne faktury i rachunki za leczenie, badanie, zakup lekarstw, protez, sprzętu rehabilitacyjnego i aparatury medycznej,

3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela na druku stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu,

4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela,

3. Wnioski wraz z załącznikami, o których mowa w ust. 2 należy składać w Urzędzie Gminy w Dynowie w terminach:

1) do dnia 15 czerwca danego roku - wówczas rozpatrywane będą do 30 czerwca tego roku,

2) od dnia 16 czerwca do 30 listopada danego roku - wówczas rozpatrywane będą do 15 grudnia tego roku,

3) wnioski złożone w grudniu danego roku kalendarzowego, zostaną rozpatrzone w kolejnym roku budżetowym, do dnia 30 czerwca.

4. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, wniosek może być złożony i rozpatrzony w innym terminie.

§ 5. Dyrektor szkoły właściwy ze względu na miejsce zatrudnienia nauczyciela potwierdza uprawnienia oraz opiniuje wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej.

§ 6. 1. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych wpływających na sytuację materialną nauczyciela,

2) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela wydatków na cele wymienione w § 4 niniejszego Regulaminu,

3) sytuacji materialnej nauczyciela określonej (po odliczeniu udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela wydatków na leczenie),

4) okresu leczenia.

2. Wysokość jednorazowego świadczenia nie może być niższa niż 10% i przekraczać 50% kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę.

3. Świadczenie finansowe wypłacane z funduszu zdrowotnego nie mają charakteru roszczeniowego.

4. Przyznanie i wysokość zapomogi zależy od środków zgromadzonych w funduszu. W przypadku braku środków na pełne pokrycie potrzeb - pomoc zdrowotna będzie przyznawana częściowo lub nie będzie przyznawana.

Rozdział 3.
Zasady przyznawania pomocy zdrowotnej.

§ 7. 1. Nauczyciel może ubiegać się o pomoc zdrowotną ze środków funduszu zdrowotnego nauczycieli jeden raz w roku budżetowym. W szczególnie ciężkich sytuacjach, na uzasadniony wniosek nauczyciela można ponownie przyznać pomoc zdrowotną w danym roku budżetowym, jeżeli organ prowadzący posiada na ten cel środki finansowe w danym roku budżetowym.

2. Finansowa pomoc na cele zdrowotne udzielana jest w formie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

3. Obsługę merytoryczną i administracyjną funduszu zdrowotnego zapewnia Referat Oświaty w Urzędzie Gminy Dynów.

4. Decyzję o przyznaniu pomocy zdrowotnej i jej wysokości podejmuje Wójt Gminy Dynów.

5. Indywidualne informacje dla nauczyciela dotyczącego przyznania/odmowy pomocy zdrowotnej przesyła w ciągu 7 dni roboczych Referat Oświaty w Urzędzie Gminy Dynów na adres wskazany we wniosku.

6. Pomoc finansowa z funduszu zdrowotnego nauczycieli wypłacana jest niezwłocznie, nie później niż w ciągu 7 dni roboczych, na wskazany rachunek bankowy nauczyciela lub w kasie Urzędu Gminy Dynów.

§ 8. Decyzja Wójta o przyznaniu, bądź odmowie przyznania pomocy jest decyzją ostateczną i nie służy od niej prawo odwołania.

Rozdział 4.
Postanowienia końcowe.

§ 9. Regulamin został zaopiniowany przez związkowe organizacje związkowe.

§ 10. Zmiany treści regulaminu wymagają procedury przyjętej dla jego ustalenia.

Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 1

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

Imię i nazwisko nauczyciela	
Adres zamieszkania, numer telefonu	
Nauczyciel: czynny, emerytowany, rencista, pobierający świadczenie kompensacyjne	

Uzasadnienie wniosku:

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

Numer rachunku bankowego na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną:

.....

Do wniosku załączam:

1. aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela,

2. oryginalne imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszt leczenia,

3. oświadczenie o dochodach przypadające na jednego członka rodziny,

4. inne dokumenty - wymienić jakie:
.....
.....
.....

Oświadczam, że na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchyleniu dyrektywy 95/46/WE (zwane także ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych lub RODO) Dz.U.UE.L. z 2016 r. Nr 116 str. 1 z późn. zm.), że wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. moich danych osobowych zawartych we wniosku na cele związane z prowadzeniem postępowania i czynności związanych z przyznaniem świadczenia zdrowotnego dla nauczyciela, wskazanego w niniejszym wniosku.

---

data i podpis nauczyciela

Potwierdzenie uprawnień i opinia dyrektora szkoły

Niniejszym potwierdzam, że Pan/Pani .....
posiada/nie posiada* uprawnienia do korzystania z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli.

Wniosek opiniuję: .....

.....

data i podpis dyrektora szkoły

Decyzja Wójta Gminy Dynów

Udzielono/nie udzielono* pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli w wysokości:
..... zł. (słownie złotych: .....)

.....

podpis Wójta Gminy Dynów

Dynów, dn. .....

*niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 2 do Załącznika Nr 1

Oświadczenie o dochodach brutto przypadających na członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzający ubieganie się o pomoc zdrowotną

.....

(Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

We wspólnym gospodarstwie domowym wraz ze mną pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa	Data urodzenia dziecka	Rodzaj pracy/szkoły/uczelni - rok nauki	Dochód brutto z ostatnich 3 m-cy
1.		wnioskodawca			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
	Razem				

Oświadczam, że średni dochód brutto przypadający na jednego członka mojej rodziny, wyliczony na podstawie dochodów opodatkowanych i nieopodatkowanych ze wszystkich źródeł osób, które pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ..... zł (słownie złotych: .....)

i jest zgodny ze stanem faktycznym.

.....

(data i podpis)