

## **Regulamin Komisji do spraw przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli**

### **Rozdział I**

#### **1. Postanowienia wstępne.**

Niniejszy regulamin stosuje się w Zespole Edukacyjnym w Łagowie, Samorządowej Szkole Podstawowej i Oddziale Przedszkolnym w Sieniawie, Samorządowej Szkole Podstawowej i Oddziale Przedszkolnym im. Janusza Korczaka w Toporowie oraz Samorządowym Przedszkolu w Łagowie.

#### **2. Regulamin określa:**

- tryb przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli,
- zadania Komisji opiniującej wnioski,
- szczegółowe zasady i warunki przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, w tym osoby uprawnione do korzystania z pomocy zdrowotnej.

### **Rozdział II**

#### **Tryb przyznawania pomocy zdrowotnej.**

1. Fundusz Zdrowotny tworzą środki wyodrębniane corocznie w budżecie szkoły przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.
2. Środkami, o których mowa w pkt 1 zarządza Dyrektor Szkoły.
3. Rozpatrywanie wniosków odbywa się raz w roku.
4. Podania (wnioski) nauczycieli o przyznanie pomocy z funduszu zdrowotnego wraz z wymaganą dokumentacją należy składać do dyrektora szkoły.
5. Dyrektor szkoły przekazuje podania (wnioski) nauczycieli do Komisji ds. Funduszu Zdrowotnego.

## **Rozdział III**

### **Zadania Komisji ds. Funduszu Zdrowotnego:**

1. Do zadań Komisji ds. Funduszu Zdrowotnego należy przyjmowanie i opiniowanie wniosków o przyznanie pomocy finansowej z Funduszu Zdrowotnego.
2. Opinie Komisji ds. Funduszu Zdrowotnego są podejmowane zwykłą większością głosów, przy udziale, co najmniej połowy członków Komisji. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos Przewodniczącego.
3. Komisja ds. Funduszu Zdrowotnego opiniuje złożone wnioski i uzasadnia swoje rozstrzygnięcie.
4. Wnioski są ewidencjonowane w rejestrze.
5. Z posiedzenia Komisji ds. Funduszu Zdrowotnego sporządzony jest protokół, uwzględniający w szczególności wyniki pracy Komisji, uzasadnienie proponowanej kwoty pomocy finansowej i podpisy członków Komisji.

## **Rozdział IV**

### **Zasady i warunki przyznawania pomocy zdrowotnej.**

1. Ze świadczeń Funduszu Zdrowotnego mogą korzystać:
  - nauczyciele zatrudnieni w pełnym wymiarze godzin w Zespole Edukacyjnym w Łagowie, Samorządowej Szkole Podstawowej i Oddziale Przedszkolnym w Sieniawie, Samorządowej Szkole Podstawowej i Oddziale Przedszkolnym im. Janusza Korczaka w Toporowie oraz Samorządowym Przedszkolu w Łagowie.
  - nauczyciele ww. szkoły po przejściu na emeryturę lub rentę bez względu na datę przejścia na emeryturę lub rentę.
  - nauczyciel przebywający ciągle ponad 30 dni poza terytorium kraju (w skali roku), traci możliwość zwracania się o dofinansowanie świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej, zasady tej nie stosuje się w przypadku udokumentowania faktu poddania się leczeniu poza granicami kraju.
2. Pomoc zdrowotna jest udzielana w formie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.
3. Pomoc zdrowotna udzielana jest raz w roku budżetowym. W uzasadnionych przypadkach może być przyznana dodatkowo w danym roku.

4. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z: zwiększonymi kosztami leczenia spowodowanymi ciężką lub przewlekłą chorobą nauczyciela, emeryta, rencisty, zwiększonymi kosztami leczenia w innej miejscowości z powodu braku placówki służby zdrowia w miejscu zamieszkania, korzystaniem z pomocy specjalistycznej (specjalistyczne badania np. tomografem), koniecznością zakupu sprzętu do rehabilitacji, koszty leczenia sanatoryjnego.
5. Wysokość przyznanej pomocy uzależniona od możliwości finansowych Funduszu oraz: wpływu choroby na sytuację materialną nauczyciela: (przebieg choroby, specjalistyczne badania, dodatkowa opieka, dieta, dojazdy), wysokość udokumentowanych kosztów leczenia poniesionych przez nauczyciela, sytuacji materialnej nauczyciela uwzględniającej poniesione koszty.
6. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku o jej przyznanie wg wzoru stanowiącego załącznik Nr 1 do niniejszego regulaminu.
7. Do wniosku należy dołączyć:
  - dokumenty zgodne z Uchwałą Nr XIV.130.2012 Rady Gminy Łagów z dnia 26 września 2012r. w sprawie przyjęcia regulaminu określającego rodzaje oraz sposób i warunki przyznawania świadczeń ze środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.
8. Wniosek o przyznanie pomocy może złożyć również przedstawiciel związków zawodowych, przedstawiciel opieki społecznej lub prawny opiekun osoby niezdolnej do podejmowania czynności w tym zakresie.
9. Ostateczną decyzję w sprawie przyznania pomocy zdrowotnej podejmuje Wójt Gminy, przy czym odmowa wymaga uzasadnienia.
10. Wypłata przyznanej pomocy zdrowotnej będzie dokonywana osobiście przez Przewodniczącego Komisji.

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....  
(wnioskodawca –imię i nazwisko)

.....  
.....  
(adres zamieszkania i nr telefonu)

.....  
(szkoła / placówka, w której wnioskodawca jest lub zatrudniony)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie mi zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną.

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające przewlekłą lub przebytą chorobę.

2.....

3.....

4.....

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że średnia wysokość moich dochodów (netto) ze wszystkich źródeł z trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną wynosi:....., słownie zł. (.....).

W przeliczeniu na 1 członka rodziny wynosi:....., słownie zł (.....).

Jednocześnie oświadczam, że koszty podjętego przeze mnie leczenia wyniosły netto:....., słownie zł. (.....), co mogę udokumentować posiadanymi fakturami.

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy zdrowotnej:

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

Podpisy członków komisji:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

Wójt Gminy Łagów przyznaje pomoc zdrowotną w wysokości:....., słownie zł.  
(.....).

Wójt Gminy Łagów nie przyznaje pomoc zdrowotnej w wysokości.\*

UZASADNIENIE

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

.....

(data i podpis Wójta)

\*niepotrzebne skreślić

.....

.....

.....

(imię, nazwisko, adres)

## Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do realizacji procedury przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016r. poz. 922).

.....

(podpis)

.....

(miejsowość, data)