UCHWAŁA NR XXXV/238/18
RADY GMINY BOBOWO

z dnia 30 sierpnia 2018 r.

w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

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 i 4 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy a dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018 r., poz. 967) Rada Gminy Bobowo uchwala, co następuje:

§ 1. Uchwala się Regulamin przyznawania środków finansowych w ramach pomocy zdrowotnej**,** rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobów ich przyznawania dla nauczycieli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Bobowo, stanowiący załącznik Nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Bobowo.

§ 3. Traci moc uchwała Nr X/89/07 Rady Gminy Bobowo z dnia 11 grudnia 2007 r. w sprawie środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej i określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobów ich przyznawania (Dz.Urz. Woj. Pom. z 2008 r. Nr 17, poz. 428).

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

Przewodniczący Rady Gminy

Marek Suwalski

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr XXXV/238/18

Rady Gminy Bobowo

z dnia 30 sierpnia .2018 r.

Regulamin przyznawania środków finansowych w ramach pomocy zdrowotnej, rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobów ich przyznawania dla nauczycieli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Bobowo.

§ 1. 1. W budżecie gminy zabezpiecza się środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół prowadzonych przez Gminę Bobowo w wysokości 0,3% środków na wynagrodzenia osobowe nauczycieli.

2. Środki finansowe o których mowa w ust. 1 wydatkowane są w danym roku budżetowym.

3. Środki finansowe na pomoc zdrowotną nauczycieli tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy Bobowo.

4. Środkami finansowymi o których mowa w ust. 3 dysponuje Wójt Gminy Bobowo.

5. Środki finansowe niewykorzystane w danym roku budżetowym nie przechodzą na rok następny.

§ 2. 1. Ze środków funduszu na pomoc zdrowotną mogą korzystać:

1) nauczyciele zatrudnieni w wymiarze nie niższym niż ½ etatu,

2) nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne, którzy przeszli na wymienione świadczenia ze szkoły prowadzonej przez Gminę Bobowo.

2. Pomoc zdrowotna może być udzielona danemu nauczycielowi jeden raz w ciągu roku kalendarzowego.

§ 3. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia finansowego obejmującego całkowitą lub częściową refundację poniesionych i udokumentowanych przez nauczyciela kosztów, o których mowa w § 4.

§ 4. 1. Ze środków finansowych na pomoc zdrowotną mogą korzystać osoby uprawnione, o których mowa w § 2 ust. 1 niniejszego regulaminu:

1) u których orzeczono chorobę zawodową, chorobę przewlekłą – wymagającą np. ciągłego przyjmowania leków, szczepionek, stałych konsultacji lekarskich itp.,

2) które uległy wypadkowi, zdarzeniu losowemu, wskutek którego wymagane jest leczenie specjalistyczne, leczenie sanatoryjne, zakup sprzętu medycznego i urządzeń rehabilitacyjnych, medycznych środków higieny osobistej, środków opatrunkowych, konsultacji lekarskich,

3) objęte długotrwałym leczeniem szpitalnym lub poza szpitalem,

4) którym zalecono zakup szkieł korekcyjnych, aparatu słuchowego,

5) u których wystąpiła konieczność skorzystania z usług w zakresie protetyki dentystycznej, ze względów zdrowotnych.

2. Świadczenie obejmuje refundację poniesionych przez nauczycieli kosztów:

1) specjalistycznego leczenia, w tym korzystania z konsultacji lekarza specjalisty, na podstawie skierowania na badania diagnostyczne lub zabiegi medyczne,

2) opieki nad chorym w domu, w tym korzystania z usług pielęgnacyjno-opiekuńczych,

3) usług rehabilitacyjnych,

4) zakup leków zleconych przez lekarza związanych z procesem leczenia,

5) zakup niezbędnych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych zleconych przez lekarza (w tym – nie częściej niż raz na 2 lata – okularów lub szkieł korekcyjnych, aparatów słuchowych oraz protez),

6) pobytu na turnusie rehabilitacyjnym lub leczenia uzdrowiskowego przysługującego na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 5. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

1) rodzaju i przebiegu choroby, a także innych okoliczności związanych z chorobą, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela,

2) wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów, o których mowa w § 4 ust. 2 w odniesieniu do sytuacji materialnej nauczyciela,

3) wysokość dochodu przypadająca na członka rodziny nauczyciela,

4) wysokość środków finansowych zaplanowanych w budżecie gminy na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz liczby pozytywnie rozpatrzonych wniosków.

§ 6. 1. Podstawą przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku na druku stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

2. Do wniosku należy dołączyć:

1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające stan zdrowia i leczenia nauczyciela,

2) imienne rachunki lub faktury potwierdzające poniesione koszty, o których mowa w § 4 ust. 2,

3) oświadczenie nauczyciela o średnim miesięcznym dochodzie brutto z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przypadającym na jednego członka rodziny pozostającego z nim we wspólnym gospodarstwie domowym z uwzględnieniem wszystkich źródeł przychodu; dzieci uczące się uwzględnia się przy wyliczeniu dochodu – nie dłużej niż do 25 roku życia – wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu,

4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela,

5) oświadczenie o przekazaniu przyznanej pomocy zdrowotnej na wskazany rachunek bankowy.

3. Wnioski niekompletne, tj. wnioski, które nie zawierają dokumentów określonych w ust. 2, pozostają bez rozpatrzenia.

§ 7. 1. Wnioski wraz z załącznikami, o których mowa w § 6 ust. 2 należy składać do Wójta Gminy Bobowo za pośrednictwem dyrektora szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony, a w przypadku emerytów, rencistów i nauczycieli pobierających świadczenie kompensacyjne, do dyrektora szkoły w której nauczyciel był ostatnio zatrudniony – w terminie do 30 listopada danego roku kalendarzowego.

2. Dyrektor szkoły, po weryfikacji złożonego wniosku, przekazuje go Wójtowi Gminy Bobowo w terminie do 5 grudnia danego roku kalendarzowego.

3. Rozpatrywanie wniosków odbywa się do dnia 10 grudnia, a wypłata świadczenia pieniężnego następuje do dnia 20 grudnia danego roku kalendarzowego.

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

5. Decyzja w sprawie przyznania lub o odmowie przyznania pomocy zdrowotnej jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie.

§ 8. W celu racjonalnego i jawnego gospodarowania środkami przeznaczonymi na pomoc zdrowotną, Wójt Gminy Bobowo powołuje Komisję, której zadaniem jest opiniowanie wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej. Wnioski nauczycieli o udzielenie pomocy z funduszu są ewidencjonowane w rejestrze stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu.

§ 9. Świadczenie finansowe przyznane w ramach pomocy zdrowotnej zostanie przekazane nauczycielowi na wskazany rachunek bankowy w terminie 14 dni od dnia podjęcia przez Wójta Gminy Bobowo decyzji o przyznaniu pomocy zdrowotnej.

Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 1 do uchwały Nr
XXXV/238/18 Rady Gminy Bobowo
z dnia 30 sierpnia 2018 r.

WNIOSEK
o przyznanie świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną

Nazwisko i imię nauczyciela: .....

Adres zamieszkania: .....

nr telefonu: .....

Status nauczyciela: .....

(nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista, pobierający świadczenie kompensacyjne)

Szkoła, w której jest lub był ostatnio zatrudniony: .....

.....

UZASANIENIE WNIOSKU:

Zwracam się z prośbą o przyznanie świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, ponieważ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie i wskazaniach dot. leczenia (wystawione na rok ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej)
2) oryginały imiennych dokumentów potwierdzających poniesienie kosztów leczenia (o których mowa w § 4 ust. 2 Regulaminu)
3) oświadczenie o średnim miesięcznym dochodzie brutto z ostatnich 3 m-cy poprzedzających złożenie wniosku, przypadających na jednego członka rodziny (na załączniku Nr 2 Regulaminu)
4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić, dołączyć dokumenty)

.....
.....

.....

Przyznane świadczenie proszę przekazać na rachunek bankowy:

Numer konta:

.....

.....

.....

(należy podać pełną nazwę banku)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzania i udostępnianie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, na zasadach określonych ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.), dla celów związanych z przebiegiem prac dotyczących przyznania świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną.

.....

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

-- ----------

POTWIERDZENIE UPRAWNIEŃ I OPINIA DYREKTORA SZKOŁY

Niniejszym potwierdzam, że Pan/Pani ..... posiada uprawnienia/nie posiada uprawnień do korzystania z funduszu przeznaczonego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Bobowo.

Wniosek opiniuję pozytywnie/negatywnie z uwagi na:

Uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

(data, pieczątka i podpis dyrektora szkoły)

OPINIA KOMISJI ds. ROZPATRYWANIA WNIOSKÓW

O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO

ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PRZEZNACZONYCH NA POMOC ZDROWOTNĄ NAUCZYCIELI

Komisja ds. rozpatrywania i opiniowania wniosków nauczycieli o przyznawanie świadczenia pieniężnego w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Bobowo, po przeanalizowaniu Pani Pana .... wniosku oraz pozostałej dokumentacji dołączonej do wniosku, postanowiła zaopiniować wniosek pozytywnie /negatywnie* oraz zaproponować do przyznania przez Wójta Gminy Bobowo następującą kwotę do wypłaty ..... zł.

(słownie: .....).

Uzasadnienie negatywnego rozpatrzenia wniosku .....

.....

.....

.....

Podpisy członków Komisji:

1. .....
2. .....
3. .....

4. .....

5. .....

Bobowo, dnia ……

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że znane mi są przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.) i zobowiązuję się do przestrzegania ich postanowień oraz zachowania w tajemnicy wszystkich danych, co do których miałem/-łam dostęp w związku z pracami w Komisji.

Podpisy członków Komisji:

1. .....

2. .....

3. .....

4. .....

5. .....

Bobowo, dnia ……

DECYZJA WÓJTA GMINY BOBOWO

O PRZYZNANIU ŚWIADCZENIA:

Działając na podstawie Uchwały Nr XXXV/238/18 Rady Gminy Bobowo z dnia ..... 2018 r. w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania, po rozpatrzeniu wniosku oraz w oparciu o załączoną do niego dokumentację:

Przyznaję Pani/Panu ..... świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli w wysokości ..... zł.

(słownie:.....).

Nie przyznaję Pani/Panu ..... świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli z powodu:

Uzasadnienie negatywnego rozpatrzenia wniosku .....
.....

.....

Bobowo, dnia .....

(pieczęć i podpis Wójta)

Załącznik Nr 3 do Załącznika Nr 1 do uchwały Nr XXXV/238/18 Rady Gminy Bobowo z dnia 30 sierpnia 2018 r.

REJESTR WNIOSKÓW
O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PRZEZNACZONYCH NA POMOC ZDROWOTNĄ
w roku .....

Lp.	**Nazwisko i imię nauczyciela**	**Status zawodowy:** P-pracujący E-emeryt R-rencista K-pobierający świadczenia emerytalne	**Data wpływu wniosku**	**Data otrzymanej ostatnio pomocy zdrowotnej**	**Przyznana kwota pomocy zdrowotnej**	**Ostatnio przyznana kwota pomocy zdrowotnej**	**Uwagi** w przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku

.....

(data, pieczątka i podpis dyrektora szkoły)

Podpisy członków Komisji:

1. ..... 2. ..... 3. ..... 4. ..... 5. .....

Bobowo, dnia ……

Załącznik Nr 2 do Załącznika Nr 1 do uchwały Nr
XXXV/238/18 Rady Gminy Bobowo
z dnia 30 sierpnia 2018 r.

OŚWIADCZENIE

o dochodach brutto przypadających na członka rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną

Nazwisko i imię nauczyciela:
.....

Adres zamieszkania:
.....

..... **nr telefonu:**
.....

Składam oświadczenie w celu przyznania mi świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Bobowo.

Oświadczenie o dochodach:

Lp.	Określenie rodzaju dochodu nauczyciela i jego członków rodziny, których dochód dotyczy	Dochód brutto z ostatnich 3 m-cy
1	**Liczba osób w rodzinie** (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)	
2	**Dochód nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną** (z ostatnich 3 m-cy poprzedzających złożenie wniosku)	
3	Dochód współmałżonka (z ostatnich 3 m-cy poprzedzających złożenie wniosku)	
4	**Dochód pozostałych członków rodziny pozostających we wspólnych gospodarstwie domowym** (z ostatnich 3 m-cy poprzedzających złożenie wniosku - np. emerytura, renta)	
5	**Inne dochody** (np. zasiłki, z gruntów rolnych, dzierżawy, wynajmu itp.)	
6	Łączny dochód rodziny - **suma kwot poz. 2 + poz. 3 + poz. 4 + poz. 5** (uzyskany w okresie ostatnich 3 m-cy poprzedzających złożenie wniosku - brutto)	
7	Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny **- kwota z poz. 6 podzielona przez liczbę osób w rodzinie wykazana w poz.1, a następnie podzielona przez 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, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło).

Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam/-łem w roku ..... .

.....

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)