

Zarządzenie nr 14/2022
Dyrektora Szkoły Podstawowej im. Jana Brzechwy w Lesznie Górnym
z dnia 31.05.2022 r.

w sprawie wprowadzenia Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli
Szkoły Podstawowej im. Jana Brzechwy w Lesznie Górnym

Na podstawie Uchwały nr XVII/117/2019 Rady Miejskiej w Szprotawie w sprawie określenia przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania w placówkach oświatowych prowadzonych przez Gminę Szprotawa zarządza się co następuje:

§1

Wprowadzam Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli Szkoły Podstawowej im.

Jana Brzechwy w Lesznie Górnym, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§2

Traci moc Zarządzenie nr 10/2018 Dyrektora Szkoły Podstawowej im. Jana Brzechwy w Lesznie Górnym z dnia 03.09.2018 r.

§3

Zachodzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Brzechwy

Dyrektor
Szkoły Podstawowej im. Jana

W Lesznie Górnym
Małgorzata Urbaniak

Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 14/2022

Dyrektora Szkoły Podstawowej

im. Jana Brzechwy w Lesznie Górnym

z dnia 31.05.2022 r.

Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli Szkoły Podstawowej im. Jana Brzechwy w Lesznie Górnym

I. Postanowienia ogólne

Na podstawie: Uchwały nr XVII/117/2019 Rady Miejskiej w Szprotawie w sprawie określenia przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania w placówkach oświatowych prowadzonych przez Gminę Szprotawa oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91 d pkt. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r. poz. 2215)

II. Rodzaje świadczeń

§ 1

1. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli ustala

corocznie w uchwale budżetowej Rada Miejska w Szprotawie.

2. Środkami finansowymi Funduszu Zdrowotnego dysponuje Burmistrz Szprotawy.

3. Pomoc zdrowotna przyznawana jest nauczycielowi w danym roku budżetowym w formie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego. W przypadkach uzasadnionych szczególnie złym stanem zdrowia, pomoc może być w danym roku budżetowym przyznana powtórnie.

4 Pomoc zdrowotna przyznawana jest nauczycielom, w związku z:

1) przewlekłą chorobą nauczyciela,

2) długotrwałym leczeniem szpitalnym z koniecznością dalszego leczenia w domu lub sanatorium,

3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,

4) koniecznością zakupu sprzętu ortopedycznego lub rehabilitacyjnego (np. aparaty słuchowe, protezy kończyn),

5) zakupem okularów i szkieł korekcyjnych ze względu na pracę przy monitorze komputera lub pracę związaną z prowadzeniem szkolnej dokumentacji.

6) nagłą ciężką chorobą lub wypadkiem komunikacyjnym

III. Warunki przyznawania pomocy zdrowotnej

§ 2

1. Ze świadczeń z Funduszu zdrowotnego mogą korzystać:

1) nauczyciele zatrudnieni co najmniej w połowie tygodniowego obowiązkowego wymiaru zajęć

2) nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, korzystający funduszu świadczeń w szkole.

§ 3

1. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

1) przewlekłości choroby, okresu jej trwania oraz wysokości kosztów leczenia, w tym m.in. kosztów poniesionych na leki, stosowania specjalnej diety, zapewnienia dodatkowej opieki choremu,

2) sytuacji materialnej rodziny nauczyciela,

3) stanu środków przeznaczonych w budżecie w danym roku na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

2. Koszty, o których mowa w ust. 1 pkt.1 powinny być udokumentowane przez nauczyciela rachunkami za leki oraz świadczenia i usługi zdrowotne, a także stosownymi zaświadczeniami za inną formę pomocy medycznej świadczonej na rzecz nauczyciela.

§ 4

1. Ustala się następujące zasady i terminy składania wniosków:

1) nauczyciele składają wnioski do dyrektora Szkoły Podstawowej im. Jana Brzechwy w Lesznie Górnym, do 15 października,

2) dyrektor składa swój wniosek Burmistrzowi Szprotawy oraz przekazuje Burmistrzowi Szprotawy wnioski nauczycieli do 1 listopada.

2. Wzór wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

3. Do wniosku należy dołączyć:

1) aktualne zaświadczenie od lekarza o stanie zdrowia lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający zasadność poniesionych kosztów w związku z przyczynami wskazanymi w § 2 ust. 4, w szczególności recepta wraz z rachunkiem

lub fakturą VAT, zaświadczenie podmiotu świadczącego usługi medyczne o ich realizacji na zlecenie lekarza, zlecenie, wypis ze szpitala itp.;

2) oryginalne dokumenty potwierdzające koszty leczenia za okres od 15 października roku poprzedzającego rok składania wniosku do 15 października roku, w którym składany jest wniosek.

4. Wniosek o przyznanie nauczycielowi pomocy zdrowotnej może złożyć również rada pedagogiczna, przedstawiciel związku zawodowego reprezentującego nauczyciela, opiekun, w tym członek rodziny, jeżeli nauczyciel nie jest zdolny osobiście do podejmowania czynności w tym zakresie.

IV. Sposób przyznawania pomocy zdrowotnej

§ 5

1. Wnioski rozpatrywane są jeden raz w roku budżetowym.

2. W celu weryfikacji złożonych wniosków, racjonalnego i jawnego gospodarowania środkami zaplanowanymi na pomoc zdrowotną nauczycieli, Burmistrz powołuje odrębnym zarządzeniem - Komisję Funduszu Zdrowotnego nauczycieli oraz określa zasady jej funkcjonowania.

3. Decyzję o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej lub decyzję odmowną podejmuje Burmistrz Szprotawy po zapoznaniu się z opiniami i propozycjami komisji.

4. O przyznaniu pomocy zdrowotnej, wysokości tej pomocy oraz terminie jej wypłaty burmistrz informuje wnioskodawcę pisemnie.

Załącznik Nr 1

do Załącznika nr 1 do Zarządzenia nr 14/2022

Dyrektora Szkoły Podstawowej

im. Jana Brzechwy w Lesznie Górnym

z dnia 31.05.2022 r.

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....

Wnioskodawca: Nauczyciel (imię i nazwisko)

.....

Adres zamieszkania, telefon

.....

Czynny, emerytowany, przebywający na rencie – wpisać jedną z możliwości

.....

Miejsce pracy (podstawowe) – dla emerytów/rencistów było miejsce pracy

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego

Uzasadnienie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej:

.....

.....

.....

Załączniki:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

.....

podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. , poz. 1781 ze zm.).

.....

miejsowość, data

.....

podpis

wnioskodawcy