

ZARZĄDZENIE Nr OR.0050.62.2016

**Burmistrza Blachowni
z dnia 5 maja 2016r.**

w sprawie ustalenia Regulaminu określającego rodzaj świadczeń pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Blachownia oraz warunków i sposobów ich przyznawania.

Na podstawie Uchwały Nr 98/XVII/2015 Rady Miejskiej w Blachowni z dnia 29 grudnia 2015r. w związku z art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2016r. poz. 446) oraz z art. 72 ust. 1 oraz art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (tekst jednolity Dz.U. z 2014 r. poz. 191 z późn. zm.) po uzyskaniu opinii związków zawodowych zrzeszających nauczycieli

zarządzam, co następuje:

§ 1

Ustala się Regulamin w sprawie określenia rodzaju świadczeń pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Blachownia oraz warunków i sposobów ich przyznawania stanowiący Załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Wykonanie Zarządzenia powierza się inspektorowi ds. oświaty i wychowania.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Burmistrz Blachowni

mgr Sylwia Domańska

RADCA PRAWNY
OPCJA - 463/2005
mgr Agnieszka Glińska

Regulamin
w sprawie określenia rodzaju świadczeń pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół
i przedszkoli, dla których organem prowadzącym jest Gmina Blachownia oraz warunków
i sposobów ich przyznawania.

§ 1

Wysokość środków przeznaczanych na pomoc zdrowotną w postaci zasiłków zdrowotnych dla nauczycieli corocznie określa uchwała budżetowa Gminy Blachownia.

OSOBY UPRAWNIONE

§ 2

Do korzystania z pomocy zdrowotnej uprawnieni są:

- 1) Nauczyciele, w rozumieniu ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. – Karta Nauczyciela (tekst jednolity Dz.U. z 2014r. poz. 191 z późn. zm.) zatrudnieni w co najmniej połowie obowiązującego wymiaru czasu pracy w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Blachownia
- 2) Nauczyciele emeryci oraz renciści szkół i placówek, prowadzonych przez Gminę Blachownia.

§ 3

Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie jednorazowego pieniężnego zasiłku zdrowotnego zwanego dalej „zasiłkiem zdrowotnym”.

WARUNKI PRYZNANIA ZASIŁKÓW ZDROWOTNYCH

§ 4

1. Warunkiem przyznania zasiłku zdrowotnego jest:
 - 1) przewlekła lub ciężka choroba nauczyciela,
 - 2) długotrwałe leczenie,
 - 3) ponoszenie kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, protez lub wspomagającej aparatury medycznej.
2. Zasiłek zdrowotny przyznawany jest na dofinansowanie:
 - 1) zaleconej przez lekarza rehabilitacji leczniczej,
 - 2) zakupu niezbędnego indywidualnego sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, protez lub wspomagającej aparatury medycznej,
 - 3) zakupu lekarstw,
 - 4) kosztów leczenia specjalistycznego.

§ 5

1. Nauczyciel ubiegający się o przyznanie zasiłku zdrowotnego, może skorzystać z tej formy pomocy raz w danym roku kalendarzowym z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach nauczyciel może się ubiegać o przyznanie zasiłku zdrowotnego po raz drugi w danym roku kalendarzowym.

MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA WNIOSKÓW

§ 6

1. Wnioski o przyznanie zasiłku zdrowotnego należy składać w Urzędzie Miejskim w Blachowni w terminach: do 15 czerwca oraz do 10 grudnia w zamkniętych kopertach z dopiskiem „Fundusz zdrowotny nauczycieli” oraz danymi wnioskodawcy (imię i nazwisko oraz adres).
2. Wzór wniosku stanowi Załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.
3. Wnioski niekompletne będą zwracane do uzupełnienia w terminie 7 dni roboczych.
4. Wnioski o przyznanie zasiłku zdrowotnego rozpatrywane będą w terminach do 30 czerwca oraz do 20 grudnia.

§ 7

Z wnioskiem o przyznanie zasiłku zdrowotnego może wystąpić:

- 1) nauczyciel,
- 2) nauczyciel emeryt i rencista,
- 3) dyrektor placówki zatrudniającej lub w której zatrudniony był nauczyciel,
- 4) przedstawiciel opieki społecznej,
- 5) prawny opiekun osoby niezdolnej do podejmowania czynności w tym zakresie,
- 6) członek rodziny nauczyciela, jeżeli stan zdrowia nauczyciela uniemożliwia mu złożenie wniosku.

§ 8

Do wniosku należy dołączyć:

- 1) Zaświadczenie lekarskie lub inny dokumenty potwierdzające leczenie lub konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i innych, o których mówi § 4 ust. 1 pkt. 3 regulaminu i ust. 2 regulaminu,
- 2) Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, rehabilitacji i inne wymienione w § 4 ust. 2 zarządzenia lub oświadczenie o wysokości poniesionych kosztów. W przypadku gdy oświadczenie wzbudzałoby wątpliwości co do wiarygodności, należy przedłożyć dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów. Odmowa ich przedłożenia we wskazanym terminie skutkować będzie odmową udzielenia zasiłku zdrowotnego.
- 3) Oświadczenie o wysokości dochodów przypadających na jednego członka rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

ROZPATRYWANIE WNIOSKÓW

§ 9

1. Zasiłki zdrowotne w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli przyznaje Burmistrz Blachowni lub upoważniona przez niego osoba po analizie złożonych wniosków.
2. Osoba upoważniona przez Burmistrza do rozpatrywania wniosków zobowiązana jest złożyć oświadczenie o zachowaniu bezstronności oraz oświadczenie o znajomości przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych (Dz.U.2015 poz. 2135 z późn. zm. j.t) i zobowiązania do przestrzegania ich postanowień oraz zachowaniu w tajemnicy wszystkich danych, do których pracownik miał dostęp w związku z rozpatrywaniem wniosku o przyznanie świadczenia zdrowotnego, których wzór stanowią załączniki nr 2 do niniejszego regulaminu.
3. Zbiór danych osobowych nauczycieli przetwarzanych przy rozpatrywaniu wniosków podlega zgłoszeniu do Generalnego Inspektora Danych Osobowych.
4. Wnioski są ewidencjonowane w rejestrze prowadzonym wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do regulaminu.
5. Informacje o ilości i wysokości przyznanych zasiłków zdrowotnych zamieszczane będą w sprawozdaniach Burmistrza z wykonania zadań z zakresu oświaty.

§ 10

Wysokość przyznanego zasiłku uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych,
- 2) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia,
- 3) sytuacji materialnej nauczyciela,
- 4) wysokości środków zapewnionych na ten cel w budżecie jednostki,
- 5) liczby złożonych wniosków.

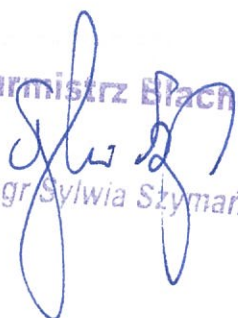
§ 11

Wysokość przyznanego zasiłku zdrowotnego określa poniższa tabela.

L.p.	Wysokość dochodu brutto na osobę w rodzinie z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku	Maksymalna kwota dofinansowania z funduszu zdrowotnego w % poniesionych kosztów leczenia wykazanych we wniosku
1.	do 80 % najniższego wynagrodzenia	do 65 %
2.	od 81 % do 100% najniższego wynagrodzenia	do 60 %
3.	od 101 % do 150 % najniższego wynagrodzenia	do 50 %
4.	od 151 % do 200% najniższego wynagrodzenia	do 40 %
5.	od 201% najniższego wynagrodzenia	do 230 %

§ 12

1. Środki Funduszu niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.
2. Niniejszy regulamin ma zastosowanie do nierozpatrzonej wniosków złożonych przed wejściem w życie niniejszego regulaminu.

Burmistrz Eląchowni

mgr Sylwia Stymańska

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. Imię i nazwisko nauczyciela

2. Adres zamieszkania

3. nr telefonu

4. Jest zatrudniona/y ☐ Byłam/em zatrudniona/y ☐

W
(nazwa i adres placówki)

5. Wymiar czasu pracy.....

6. Nr konta wnioskodawcy na jakie ma być przelana kwota ewentualnej pomocy zdrowotnej

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi/.....
Imię i nazwisko nauczyciela, któremu ma być przyznana pomoc zdrowotna
pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli.

Uzasadnienie

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

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

☐ *aktualne zaświadczenie lekarskie lub inny dokument potwierdzające leczenie lub konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, protez lub wspomagającej aparatury medycznej, zalecanej przez lekarza rehabilitacji leczniczej, zakupu niezbędnego indywidualnego sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, protez lub wspomagającej aparatury medycznej, zakupu lekarstw, kosztów leczenia specjalistycznego w związku z przewlekłą chorobą lub pobytem szpitalnym*

☐ *dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, rehabilitacji leczniczej, zakupu niezbędnego indywidualnego sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, protez lub wspomagającej aparatury medycznej, zakupu lekarstw, kosztów leczenia specjalistycznego w związku z przewlekłą chorobą lub pobytem szpitalnym*

☐ *oświadczenie o wysokości poniesionych kosztów leczenia, rehabilitacji leczniczej, zakupu niezbędnego indywidualnego sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, protez lub wspomagającej aparatury medycznej, zakupu lekarstw, kosztów leczenia specjalistycznego w związku z przewlekłą chorobą lub pobytem szpitalnym rachunki za leczenie specjalistyczne*

☐ *inne (proszę wymienić jakie):.....*
.....

ju

OŚWIADCZENIE O DOCHODZIE

Oświadczam, że w ciągu 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku dochód na członka rodziny wyniósł:

Imię i nazwisko nauczyciela	Dochód * rodziny (brutto) z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	Ilość członków rodziny będących na wspólnym gospodarstwie	Dochód brutto na członka rodziny	Poniesione koszty leczenia wg załączonych dokumentów/ lub złożonego oświadczenia
			D= B:C	
A	B	C	D	E

* Przez dochód rodziny należy rozumieć wartość wszystkich źródeł dochodu rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku.

OŚWIADCZENIE O PONIESIONYCH KOSZTACH

Oświadczam, że na leczenie poniosłam/em koszty w wysokości zł słownie (..... zł). W przypadku nie załączenia do wniosku dokumentów potwierdzających ich poniesienie, zobowiązuję się je przedłożyć do wglądu na wezwanie.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku.

Oświadczam jednocześnie, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z art. 32 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 z późn. zm.) w zakresie niezbędnym do przyznania świadczenia.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny, że:

1. administratorem tak zebranych danych osobowych jest Burmistrz Blachowni, ul. Sienkiewicza 22, 42 – 290 Blachownia;
2. dane nie zostaną udostępnione innym podmiotom;
3. mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania wraz z prawem do kontroli przetwarzania danych zawartych w zbiorze zgodnie z art. 32 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135).

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

24

Decyzja Burmistrza Blachowni

Burmistrz Blachowni

a) przyznaje

Pani/Panu..... bezzwrotną pieniężną zapomogę
zdrowotną w wysokościzł słownie (.....) zł.

b) odmawia przyznania

Pani/Panu..... bezzwrotnej pieniężnej zapomogi
zdrowotnej z powodu:

Uzasadnienie

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

.....
(data i podpis Burmistrza Gminy Blachownia
lub upoważnionego pracownika)



.....
Imię i nazwisko upoważnionego pracownika

OŚWIADCZENIE

Uprzedzona o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że stosownie do art. 24 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U.2016 poz. 23) nie występują ani nie są mi znane okoliczności, które mogą wywołać wątpliwości do co mojej bezstronności w rozpatrywaniu wniosku o przyznanie świadczenia zdrowotnego Pani/Pana

Blachownia,
/data/

.....
/podpis/

.....
Imię i nazwisko upoważnionego pracownika

OŚWIADCZENIE

Uprzedzona o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że znane mi są przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych (Dz.U.2015 poz. 2135j.t) i zobowiązuję się do przestrzegania ich postanowień oraz zachowania w tajemnicy wszystkich danych, do których miałam dostęp w związku z rozpatrywaniem wniosku o przyznanie świadczenia zdrowotnego Pani/Pana

Blachownia,
/data/

.....
/podpis/

34

Rok	Imię i nazwisko nauczyciela	Miejsce zatrudnienia (czynny zawodowo/emeryt)	Cel pomocy zdrowotnej	Wnioskowana kwota pomocy zdrowotnej	Przyznana kwota pomocy zdrowotnej	Uwagi

ok