

REGULAMIN
określający rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej
dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miasta Pionki
oraz warunki i sposób ich przyznawania

Rozdział I

Postanowienia wstępne

§ 1

Niniejszy regulamin określa:

- 1) rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.
- 2) warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej, w tym osoby uprawnione do korzystania z tej pomocy,
- 3) sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej, w tym zadania Komisji Zdrowotnej.

§ 2

Ilekoć w niniejszym regulaminie jest mowa o

- 1) szkole - należy przez to rozumieć jednostki organizacyjne wymienione a art. 3 pkt 2 i pkt 2b ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 986 z późn. zm.) dla których organem prowadzącym jest Gmina Miasta Pionki,
- 2) nauczycielu należy przez to rozumieć nauczyciela, wychowawcę oraz innych pracowników pedagogicznych obecnie zatrudnionych lub będących emerytami i rencistami w szkołach o których mowa w pkt. 1,
- 3) organie prowadzącym - należy przez to rozumieć Gminę Miasta Pionki,
- 4) burmistrzu - należy przez to rozumieć Burmistrza Miasta Pionki,
- 5) dyrektorze - należy przez to rozumieć dyrektora szkoły, o której mowa w pkt 1,
- 6) wniosku - należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej,
- 7) funduszu zdrowotnym- należy przez to rozumieć środki finansowe przeznaczone w budżecie Gminy Miasta Pionki na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej,
- 8) wnioskodawcy - należy przez to rozumieć nauczyciela lub inną uprawnioną osobę występującą z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej,
- 9) komisji - należy przez to rozumieć Komisję Zdrowotną,
- 10) organizacji związkowej – należy przez to rozumieć organizacje związkowe reprezentatywne w rozumieniu ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. o Radzie Dialogu

Spółecznego i innych instytucjach dialogu społecznego (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2232 z późn. zm.) zrzeszające nauczycieli, obejmujące swoim zakresem działania szkoły.

§ 3

1. Osobami uprawnionymi do korzystania z funduszu zdrowotnego są:
 - 1) nauczyciele, wychowawcy i inni pracownicy pedagogiczni, zatrudnieni w co najmniej połowie obowiązującego wymiaru zajęć dydaktyczno - wychowawczych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miasta Pionki,
 - 2) nauczyciele emeryci, nauczyciele renciści, oraz nauczyciele otrzymujący nauczycielskie świadczenia kompensacyjne wywodzący się ze szkół i placówek, o których mowa powyżej, objęci przez te jednostki pomocą socjalną.
2. Fundusz Zdrowotny Nauczycieli tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy Miasta Pionki. Wysokość odpisu na Fundusz Zdrowotny Nauczycieli wynosi 0,3 % planowanych rocznych środków przeznaczonych na wynagrodzenia osobowe nauczycieli.

Rozdział II

Rodzaje świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 4

Ze środków finansowych Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli na pomoc zdrowotną mogą korzystać osoby uprawnione, o których mowa w § 3 ust. 1 niniejszego regulaminu:

- 1) u których orzeczono chorobę zawodową lub inną chorobę przewlekłą, wymagającą stałych konsultacji lekarskich, ciągłego przyjmowania leków itp.;
- 2) które uległy wypadkowi, zdarzeniu losowemu, wskutek którego wymagają leczenia specjalistycznego, leczenia sanatoryjnego, zakupu urządzeń rehabilitacyjnych, konsultacji lekarskich;
- 3) objęte długotrwałym leczeniem szpitalnym lub poszpitalnym;
- 4) które ponoszą wydatki na zakup wyrobów medycznych, środków pomocniczych, sprzętu i urządzeń rehabilitacyjnych umożliwiających lub ułatwiających proces rehabilitacji leczniczej przysługujących na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza - w związku z poniesionymi z ww. tytułów wydatkami;
- 5) które przebywały na turnusie rehabilitacyjnym lub leczeniu uzdrowiskowym przysługującym na podstawie wydanego skierowania przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- 6) którym został zalecony zakup środków pomocniczych z zakresu okulistyki;
- 7) które ze względów zdrowotnych muszą korzystać z usług z zakresu protetyki dentystycznej lub stomatologii;
- 8) którym zlecono zakup aparatu słuchowego;
- 9) które znalazły się w wyjątkowo trudnej sytuacji zdrowotnej, obejmującej zakres kilku ww. zapisów.

§ 5

1. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:
 - 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela (przewlekły charakter choroby, zapewnienie dodatkowej opieki choremu, konieczność stosowania specjalnej diety itp.),
 - 2) wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia;
 - 3) sytuacji materialnej rodziny nauczyciela, po odliczeniu udokumentowanych poniesionych kosztów;
 - 4) możliwości finansowych funduszu zdrowotnego, określonych liczbą pozytywnie rozpatrzonych wniosków i wysokości kosztów ponoszonych na leczenie przez nauczycieli.
2. W przypadku braku środków na pełne pokrycie potrzeb świadczenie będzie przyznane częściowo lub nie będzie przyznane.

Rozdział III

Warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 6

1. Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie wniosku w terminie do dnia 30 kwietnia lub do dnia 30 września danego roku, którego wzór stanowi załącznik **Nr 1** do niniejszego Regulaminu.
2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1 należy dołączyć:
 - 1) aktualne zaświadczenie wystawione przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, konieczność zapewnienia choremu opieki,
 - 2) imienne faktury lub imienne rachunki potwierdzające poniesienie wydatku wymienionego we wniosku oraz zestawienie ww. wydatków, stanowiące załącznik **Nr 2** do niniejszego Regulaminu;
 - 3) oświadczenie o przeciętnych miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, stanowiące załącznik **Nr 3** do niniejszego Regulaminu;
 - 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.
3. Wnioski wraz z załącznikami o których mowa w ust. 2 należy składać w sekretariacie Urzędu Miasta Pionki, ul. Aleja Jana Pawła II 15, 26-670 Pionki, osobiście lub drogą pocztową na ww. adres w zamkniętej kopercie z dopiskiem „wniosek o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli”.
4. Złożone wnioski będą rozpatrywane dwa razy do roku w terminach do dnia 31 maja oraz do dnia 31 października.
5. Wnioski niekompletne bez wymaganej dokumentacji z § 6 ust. 2 pkt. 1-3, nie podlegają rozpatrzeniu.

6. Wnioski ewidencjonowane są w rejestrze stanowiącym załącznik **Nr 5** do niniejszego Regulaminu.

§ 7

1. Wniosek wraz z wymaganą dokumentacją o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela, o którym mowa w § 3 ust. 1 za jego zgodą, może złożyć ponadto:
 - 1) przełożony nauczyciela,
 - 2) przedstawiciel organizacji związkowej;
 - 3) Rada Pedagogiczna szkoły,
 - 4) opiekun lub członek rodziny, jeżeli nauczyciel nie jest zdolny osobiście do podejmowania czynności w tym zakresie.
2. W przypadku zatrudnienia nauczyciela w kilku szkołach, wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej opiniuje dyrektor szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony w najwyższym wymiarze.
3. Wniosek, który dotyczy nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli otrzymujących nauczycielskie świadczenia kompensacyjne potwierdza dyrektor szkoły, w której byli oni zatrudnieni przed przejściem na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne.
4. W przypadku zlikwidowanej szkoły będącej ostatnim miejscem zatrudnienia nauczyciela emeryta, rencisty oraz nauczyciela otrzymującego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne wniosek potwierdza organ prowadzący.

Rozdział IV

Sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej

§ 8

1. Nauczyciel może ubiegać się o pomoc zdrowotną ze środków Funduszu Zdrowotnego nauczycieli:
 - 1) co dwa lata - dotyczy § 4 pkt. 1-4 i pkt. 6, 8, 9;
 - 2) co cztery lata - dotyczy § 4 pkt. 5 i 7.
2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach można przyznać pomoc zdrowotną corocznie (choroby onkologiczne, zdarzenia losowe), w ramach posiadanych na ten cel środków finansowych.
3. Finansowa pomoc na cele zdrowotne udzielana jest w formie jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.
4. Wysokość przyznanego świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej będzie uzależniona od przebiegu choroby, wysokości poniesionych kosztów leczenia, sytuacji materialnej nauczyciela, wysokości środków finansowych Funduszu Zdrowotnego zgodnie z zapisem § 5 ust. 1 pkt. 1-4.

§ 9

1. W drodze zarządzenia Burmistrz Miasta Pionki, powołuje Komisję Zdrowotną w składzie:
 - a) dwóch przedstawicieli organu prowadzącego;
 - b) dyrektor/wicedyrektor szkoły, w której zatrudniony był/jest wnioskodawca;

- c) po jednym przedstawicielu organizacji związkowej.
2. Komisja podejmuje decyzje w głosowaniu jawnym zwykłą większością głosów, przy udziale co najmniej połowy członków Komisji. W przypadku równej liczby głosów rozstrzygający jest głos przewodniczącego Komisji.
 3. Z posiedzenia Komisji sporządza się protokół, w którym odpowiednio dokumentuje się i uzasadnia swoją opinię oraz zawiera propozycję przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.
 4. Jeżeli z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej występuje członek Komisji, nie może on brać udziału w podejmowaniu opinii dotyczącej tego wniosku.
 5. Członkowie Komisji zobligowani są do zachowania tajemnicy obrad i złożenia pisemnego oświadczenia o poufności informacji w tym przedmiocie, oraz przestrzegania zapisów ustawy o ochronie danych osobowych stanowiące załącznik **Nr 4** do niniejszego Regulaminu.

§ 10

1. Decyzję o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej lub decyzję odmowną na podstawie opinii Komisji podejmuje Burmistrz.
2. O podjętej decyzji powiadamia się wnioskodawcę pisemnie.
3. Decyzja, o której mowa w ust. 1 jest ostateczna.

§ 11

Wyплата świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na konto bankowe wskazane przez wnioskodawcę.

Rozdział V **Postanowienia końcowe**

§ 12

1. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.
2. Zmiany treści regulaminu wymagają procedury przyjętej dla jego ustalenia.

Burmistrz Miasta Pionki
ul. Aleja Jana Pawła II 15
26-670 Pionkach

WNIOSEK
o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli

Wnioskodawca:

1. Nauczyciel
(imię i nazwisko/czynny, emerytowany, przebywający na rencie – wpisać)
2. Adres zamieszkania
..... Nr telefonu:
3. Miejsce pracy
(obecne/dla emerytów, rencistów były – wpisać)
Staż pracy. lat(a).
4. Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać przyznaną pomoc zdrowotną:
.....
(26 cyfr)
5. Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałem/am:
.....
(należy podać rok i wysokość uzyskanej pomocy zdrowotnej)

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Załączone dokumenty:

W załączeniu do wniosku przedkładam następujące dokumenty potwierdzające uprawnienia i potrzebę przyznania pomocy z funduszu zdrowotnego nauczycieli.

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Oświadczenie:

Świadom(y)a odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego, potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym powyższych danych. Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby przyznania dofinansowania z Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r., poz. 1781).

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)

Informacja dyrektora szkoły/organu prowadzącego:

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

.....
(pieczęć szkoły)

.....
(data i podpis dyrektora)

Decyzja Burmistrza Miasta Pionki:

Przyznaje świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej*, w wysokości:zł.

(słownie złotych):

Nie przyznaję pomocy zdrowotnej* (uzasadnienie)

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

.....
(data i podpis Burmistrza)

*niepotrzebne skreślić

Zestawienie udokumentowanych wydatków na cele zdrowotne

Lp.	Data	Kwota (zł)	Rodzaj wydatku
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

Oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela

.....
(imię i nazwisko nauczyciela)

.....
(adres, nr telefonu)

Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe¹)

Oświadczenie o dochodach: Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi..... zł.²

¹Wspólne gospodarstwo domowe – przez wspólne gospodarstwo domowe rozumie się:

- osobę samotnie zamieszkującą i prowadzącą samodzielnie gospodarstwo domowe (gospodarstwo jednoosobowe), która spełnia określone kryteria dochodowe, **lub**
- osobę spełniającą określone kryteria dochodowe oraz osoby wspólnie z nią zamieszkujące, gospodarujące i wychowujące dzieci (gospodarstwo wieloosobowe).

Do wspólnego gospodarstwa domowego zalicza się:

- współmałżonka,
- dzieci własne, przysposobione lub przyjęte na wychowanie,
- partnera życiowego (konkubenta), w przypadku gdy wspólnie zamieszkują, gospodarują i wychowują dzieci.

²Wysokość 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, świadczenie wychowawcze tj. 800 +, dochód z tytułu pobieranych alimentów, diet, prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jednocześnie zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że znane mi są przepisy ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r., poz. 1781) i zobowiązuję się do przestrzegania ich postanowień oraz zachowania w tajemnicy wszystkich danych, do których miałem/am dostęp w związku z pracami w Komisji ds. funduszu zdrowotnego nauczycieli. Członkowie Komisji ds. funduszu zdrowotnego nauczycieli:

Imię i nazwisko:

Podpis:

- | | |
|----------|-------|
| 1. .... | ..... |
| 2. .... | ..... |
| 3. .... | ..... |
| 4. .... | ..... |
| 5. .... | ..... |
| 6. .... | ..... |
| 7. .... | ..... |
| 8. .... | ..... |
| 9. .... | ..... |
| 10. .... | ..... |
| 11. .... | ..... |

.....
(miejscowość, data)

REJESTR

wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej

[illegible]