



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA PODKARPACKIEGO

Rzeszów, dnia 2 grudnia 2022 r.

Poz. 4634

UCHWAŁA NR XXXVII/259/2022 RADY GMINY WADOWICE GÓRNE

z dnia 4 listopada 2022 r.

w sprawie uchwalenia Regulaminu Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wadowice Górne

Na podstawie art. 18 ust 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 559 z późn.zm.), art. 72 ust 1 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia

1982r. Karta nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2021r. poz. 1762 z późn.zm.), po uzyskaniu opinii związków zawodowych, **Rada Gminy Wadowice Górne uchwala, co następuje:**

§ 1. Uchwala się Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wadowice Górne, w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Wadowice Górne.

§ 3. Traci moc uchwała nr VIII/35/2007 Rady Gminy w Wadowicach Górnych z dnia 30 kwietnia 2007 roku w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i nauczycieli emerytów oraz warunków i sposobów ich przyznawania.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie w terminie 14 dni od daty jej ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Podkarpackiego.

Przewodniczący Rady Gminy

Krzysztof Maciejak

Załącznik nr 1 do uchwały Nr XXXVII/259/2022
Rady Gminy Wadowice Górne
z dnia 4 listopada 2022 r.

**Regulamin Funduszu Zdrowotnego
dla nauczycieli zatrudnionych w placówkach oświatowych dla których organem prowadzącym jest
Gmina Wadowice Górne**

**Rozdział 1.
Postanowienia wstępne.**

§ 1. 1. Niniejszy Regulamin stosuje się w placówkach oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wadowice Górne.

2. Regulamin określa:

- 1) tryb przyznawania środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli;
- 2) dokumenty wymagane, w celu potwierdzenia uprawnień do uzyskania pomocy finansowej z funduszu zdrowotnego nauczycieli;
- 3) szczegółowe zasady przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

3. Ilekroć w niniejszym Regulaminie jest mowa o nauczycielu należy przez to rozumieć:

- 1) nauczycieli zatrudnionych w wymiarze nie niższym niż $\frac{1}{2}$ etatu w placówkach oświatowych dla których organem prowadzącym jest Gmina Wadowice Górne.
- 2) nauczycieli wymienionych w § 1 ust.3 pkt 1 po przejściu na emeryturę, rentę lub na nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

§ 2. 1. Ze świadczeń Funduszu Zdrowotnego mogą korzystać:

- 1) nauczyciele zatrudnieni w wymiarze nie niższym niż $\frac{1}{2}$ etatu w placówkach oświatowych dla których organem prowadzącym jest Gmina Wadowice Górne,
- 2) nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne bez względu na datę przejścia na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne, którzy przeszli na wymienione świadczenia z placówki oświatowej prowadzonej przez Gminę Wadowice Górne.

2. Warunek dotyczący zatrudnienia uważa się za spełniony, jeżeli nauczyciel jest zatrudniony w kilku szkołach prowadzonych przez Gminę Wadowice Górne, w każdej w wymiarze niższym niż połowa obowiązującego go wymiaru zajęć, łącznie jednak w wymiarze, co najmniej połowy obowiązującego go wymiaru zajęć.

3. Fundusz Zdrowotny Nauczycieli tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy Wadowice Górne.

**Rozdział 2.
Dysponent Funduszu Zdrowotnego.**

§ 3. Środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje Wójt Gminy Wadowice Górne.

§ 4. Obsługę merytoryczną i administracyjną Funduszu Zdrowotnego zapewnia Urząd Gminy w Wadowicach Górnych.

§ 5. Wysokość pomocy zdrowotnej, o której mowa w § 3 zależy od możliwości finansowych Funduszu Zdrowotnego.

**Rozdział 3.
Warunki i sposób przyznawania pomocy zdrowotnej**

§ 6. Ze środków finansowych Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli mogą korzystać osoby uprawnione, o których mowa w § 2 niniejszego regulaminu:

- 1) u których orzeczono chorobę zawodową, chorobę przewlekłą, chorobę nieuleczalną - wymagającą np. ciągłego przyjmowania leków, szczepionek, stałych konsultacji lekarskich i itp.,
 - 2) które uległy wypadkowi, zdarzeniu losowemu, wskutek którego wymagają leczenia specjalistycznego, leczenia sanatoryjnego, zakupu sprzętu medycznego i urządzeń rehabilitacyjnych, medycznych środków higieny osobistej, środków opatrunkowych, konsultacji lekarskich, w tym poza miejscem zamieszkania,
 - 3) objęte długotrwałym leczeniem szpitalnym lub poza szpitalnym,
 - 4) którym zlecono zakup szkielek korekcyjnych, aparatu słuchowego,
 - 5) u których wystąpiła konieczność skorzystania z usług w zakresie protetyki dentystycznej, ze względów zdrowotnych.
 - 6) które ponoszą wydatki na zakup wyrobów medycznych, środków pomocniczych, sprzętu i urządzeń rehabilitacyjnych umożliwiających lub usprawniających proces rehabilitacji leczniczej – przysługujące na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza.
- w związku z poniesionymi z w/w tytułów wydatkami.

§ 7. 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) dokumentację medyczną o stanie zdrowia, w tym oryginał aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia wystawionego przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku;
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia – imienne faktury i rachunki za leczenie, badania specjalistyczne, koszty leczenia sanatoryjnego, zakup lekarstw związanych z chorobą przewlekłą, sprzętu rehabilitacyjnego lub środków opatrunkowych;
- 3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela dotyczące trzech ostatnich miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o średniej miesięcznej wysokości dochodu brutto, przypadającego na osobę pozostającą z nauczycielem w jednym gospodarstwie domowym. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu;

3. Wnioski wraz z załącznikami, o których mowa w ust. 2 należy składać w Sekretariacie Urzędu Gminy Wadowice Górne w terminach:

- 1) do dnia 15 czerwca danego roku - wówczas rozpatrywane będą do 30 czerwca tego roku,
- 2) od dnia 16 czerwca do 30 listopada danego roku - wówczas rozpatrywane będą do 15 grudnia tego roku,
- 3) wnioski złożone w grudniu danego roku kalendarzowego, zostaną rozpatrzone w kolejnym roku budżetowym, do dnia 30 czerwca.
- 4) w szczególnie uzasadnionych przypadkach, wniosek może być złożony w innym terminie.

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

4. Nauczyciel może ubiegać się o pomoc zdrowotną ze środków Funduszu zdrowotnego Nauczycieli jeden raz w roku budżetowym. W szczególnie ciężkich przypadkach można ponownie przyznać pomoc zdrowotną w danym roku budżetowym, w ramach posiadanych na ten cel środków finansowych.

5. Wójt Gminy Wadowice Górne może odmówić przyznania pomocy zdrowotnej nauczycielowi. Odmowa przyznania pomocy wymaga uzasadnienia.

Rozdział 4. Postanowienia końcowe.

§ 8. Wysokość wszystkich przyznanych w danym roku świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli nie może przekroczyć kwoty funduszu zdrowotnego przyjętego na dany rok.

§ 9. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.

*Załącznik nr 1 do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego
dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach dla których organem prowadzącym jest Gmina Wadowice Górne*

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli

Wnioskodawca

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. A) miejsce pracy, w którym wnioskodawca jest zatrudniony (dotyczy nauczycieli czynnych)

.....

nazwa szkoły

B. miejsce pracy, w którym wnioskodawca był zatrudniony (nauczyciel emerytowany, przebywający na rencie, przebywający na nauczycielskim świadczeniu kompensacyjnym*- niepotrzebne skreślić)

.....

nazwa szkoły

4. Nr rachunku bankowego na który należy przekazać przyznaną zapomogę

.....

5. Ze środków funduszu zdrowotnego korzystałam(em) w roku.....i uzyskałam(em) pomoc zdrowotną w wysokości.....zł.

Uzasadnienie wniosku:

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego z powodu (opisać przyczynę)

.....

.....

.....

.....

.....

W załączeniu do wniosku przedkładam:

aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia*;

oryginalne imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia*;

oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny*;

Inne dokumenty (wymienić jakie).....

.....

*załączniki obligatoryjne

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w związku z przebiegiem prac związanych z przyznaniem zapomóg zdrowotnych dla nauczycieli i nauczycieli emerytów i rencistów, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r.(t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.).

.....

/podpis wnioskodawcy/

Potwierdzenie uprawnień i opinia dyrektora szkoły

Niniejszym potwierdzam, że Pan/Pani.....
posiada/nie posiada* uprawnienia do korzystania z Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli.

Wniosek opiniuję pozytywnie/negatywnie* z uwagi na:
.....
.....

.....
/data i podpis dyrektora szkoły/

Opinia Komisji ds. Funduszu Zdrowotnego nauczycieli i proponowana wysokość pomocy finansowej

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

podpisy członków Komisji

.....
.....

**DECYZJA WÓJTA GMINY WADOWICE GÓRNE
UDZIELONO/ NIE UDZIELONO * POMOCY ZDROWOTNEJ
w wysokości**

Słownie złotych:.....

.....
/miejsowość, data /

.....
/pieczęć i podpis wójta /

* niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 2 do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego
dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach dla których organem prowadzącym jest Gmina Wadowice Górne*

Oświadczenie o dochodach brutto przypadających na członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną

Ja niżej podpisany/podpisana....., ur....., zamieszkały(a)..... oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto wyliczony za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, wyniósł w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę zł brutto.

(słownie złotych:.....).

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajanie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

miejsowość, data

.....

podpis wnioskodawcy