

**UCHWAŁA NR XX/159/20  
RADY MIEJSKIEJ W SZEPIETOWIE**

z dnia 30 listopada 2020 r.

**w sprawie określenia 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 2020 r. poz. 713 i 1378), art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91d pkt. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r. poz. 2215) uchwała się, co następuje:

**§ 1.** Określa się rodzaj świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznania, w formie Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Szepietowo, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Fundusz Zdrowotny Nauczycieli tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy Szepietowo.

**§ 3.** Traci moc uchwała nr XII/80/07 Rady Gminy Szepietowo z dnia 4 grudnia 2007r. w sprawie regulaminu określającego rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania.

**§ 4.** Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Szepietowa.

**§ 5.** Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Podlaskiego.

Przewodniczący Rady  
Miejskiej

**Grzegorz Żochowski**

**Regulamin określający rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposób ich przyznawania.**

§ 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.

§ 2. Ilekroć w regulaminie jest mowa bez bliższego określenia o:

- 1) szkole - należy przez to rozumieć jednostki organizacyjne wymienione w art. 1 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela, dla których organem prowadzącym jest Gmina Szepietowo
- 2) nauczycielu - należy przez to rozumieć nauczycieli wymienionych w art. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r.- Karta Nauczyciela, zatrudnionych w szkołach wymienionych w pkt 2
- 3) dyrektorze - należy przez to rozumieć dyrektora jednostki, o której mowa w pkt 1,
- 4) organie prowadzącym - należy przez to rozumieć Gminę Szepietowo,
- 5) Burmistrzu - należy przez to rozumieć Burmistrza Szepietowa,
- 6) wniosek - należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej,
- 7) funduszu zdrowotnym - należy przez to rozumieć środki finansowe przeznaczone w budżecie gminy 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) decyzji - należy przez to rozumieć formę pisemną przyznania pomocy zdrowotnej, niebędącą decyzją administracyjną w rozumieniu ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U.2020.256).

§ 3. 1. Fundusz Zdrowotny Nauczycieli tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy Szepietowo. Wysokość odpisu na Fundusz Zdrowotny Nauczycieli wynosi 0,3% planowanych rocznych środków przeznaczonych na wynagrodzenia osobowe nauczycieli.

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

3. Środkami finansowymi o których mowa w ust. 1 dysponuje Burmistrz.

§ 4. 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, dla których organem prowadzącym jest Gmina Szepietowo,

2. Nauczyciele emeryci, nauczyciele renciści, oraz nauczyciele otrzymujący nauczycielskie świadczenia kompensacyjne wywodzący się ze szkół, o których mowa powyżej, objęci przez te jednostki pomocą socjalną.

§ 5. 1. Pomoc zdrowotna jest jednorazowym bezzwrotnym świadczeniem pieniężnym udzielonym w formie zapomogi zdrowotnej, zwanej dalej „zapomogą”, jako refundacja całkowita lub częściowa poniesionych przez nauczyciela kosztów związanych z:

- 1) przewlekłą chorobą,
- 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia,

3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym, rehabilitacją lub wypadkiem.

2. Zapomoga może być przyznana na pokrycie kosztów:

- 1) zakupu leków związanych z chorobą będącą podstawą wystawienia aktualnego zaświadczenia lekarskiego i zleconych przez lekarza,
- 2) odpłatnych badań diagnostycznych, usług rehabilitacyjnych, konsultacji i hospitalizacji związanych z przewlekłą chorobą,
- 3) zakupu sprzętu, umożliwiającego pracę oraz niezbędnego do przeprowadzania zalecanego przez lekarza leczenia lub rehabilitacji,
- 4) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego przysługującego na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego ( np. turnusy rehabilitacyjne),
- 5) zakupu niezbędnych wyrobów medycznych lub środków pomocniczych zleconych przez lekarza,
- 6) dodatkowej opieki nad chorym w domu, korzystania z usług pielęgnacyjno-opiekuńczych.

§ 6.1. Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie przez nauczyciela wniosku, stanowiącego załącznik nr 2 do regulaminu.

2. Do wniosku, o którym mowa w ust.1 należy dołączyć:

- 1) aktualne, wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej zaświadczenie/zaświadczenia lekarskie potwierdzające chorobę i leczenie nauczyciela,
- 2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury i inne) potwierdzające ponoszone/poniesione przez nauczyciela koszty za okres od dnia 1 stycznia danego roku budżetowego do dnia złożenia wniosku o zapomogę,
- 3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie zapomogi dla nauczyciela.

3. Wnioski o udzielenie świadczenia należy składać w zaklejonej kopercie z dopiskiem „Wniosek o świadczenie z funduszu zdrowotnego nauczycieli” w Urzędzie Miasta Szepietowo, ul. Główna 6, 18-210 Szepietowo wraz z wymaganymi dokumentami w następujących terminach:

- a) do dnia 31 maja danego roku kalendarzowego,
- b) do dnia 30 listopada danego roku kalendarzowego.

4. Wniosek o przyznanie świadczenia zdrowotnego wymaga potwierdzenia dyrektora szkoły, w której jest naliczony odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych nauczyciela ubiegającego się o to świadczenie, o nabyciu uprawnień nauczyciela do korzystania z funduszu zdrowotnego przeznaczonego dla nauczycieli zgodnie z załącznikiem nr 3 do regulaminu.

5. Wnioski niekompletne, które nie będą uzupełnione w wyznaczonym terminie oraz błędnie wypełnione lub nieczytelne pozostawia się bez rozpatrzenia.

6. Wnioski o przyznanie świadczenia zdrowotnego rozpatrywane będą w następujących terminach:

- 1) wnioski złożone w terminie, o którym mowa w §6 ust. 3 lit. a) do dnia 15 czerwca danego roku kalendarzowego,
- 2) wnioski złożone w terminie, o którym mowa w §6 ust. 3 lit. b) do dnia 15 grudnia danego roku kalendarzowego

7. Wnioski złożone po terminie, o którym mowa w §6 ust. 3 lit. b), będą rozpatrywane w następnym roku kalendarzowym, w terminie o którym mowa §6 ust. 3 lit. a).

8. W szczególnie uzasadnionych przypadkach wniosek może być złożony i rozpatrzony w terminie innym, niż wskazany w ust. 3.

9. W szczególnie uzasadnionych, udokumentowanych przypadkach świadczenie zdrowotne może być przyznane powtórnie w danym roku.

10. W przypadku nauczyciela, który w wyniku zdarzeń, o których mowa w §5 ust.1 pkt 2-3 nie jest zdolny do osobistego złożenia wniosku, wniosek o przyznanie świadczenia może złożyć upoważniony członek rodziny.

§ 7. 1. Wysokość przyznanego świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej będzie uzależniona od wysokości środków finansowych zaplanowanych na ten cel w budżecie gminy i liczby składanych wniosków.

2. Uprawnienie do uzyskania świadczenia zdrowotnego nie przysługuje osobie dokumentującej poniesione koszty, które zostały zrefundowane przez inne podmioty.

3. Decyzję o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej lub decyzję odmowną podejmuje Burmistrz. Wzór decyzji stanowi załącznik nr 1 do regulaminu.

4. O decyzji przyznania bądź odmowie przyznania świadczenia wnioskujący zawiadamiany jest pisemnie.

5. Decyzja o której mowa w ust. 3 i 4 jest ostateczna i nie przysługuje od niej prawo odwołania.

6. Wypłata świadczenia następuje w następujących terminach:

- 1) do dnia 30 czerwca danego roku, na wskazany we wniosku numer konta bankowego;
- 2) do dnia 31 grudnia danego roku, na wskazany we wniosku numer konta bankowego.

§ 8. 1. Wnioski ewidencjonowane są w rejestrze prowadzonym w Urzędzie Miejskim w Szepietowie, wzór stanowi załącznik nr 4 do regulaminu.

2. Zmiana treści regulaminu wymaga procedury przyjętej dla jego ustalania.

Szepietowo, dnia .....

**DECYZJA BURMISTRZA**

Działając na podstawie uchwały NR ...../20 Rady Miejskiej w Szepietowie z dnia .....2020r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania oraz po zapoznaniu się z wnioskiem Pani / Pana .....z dnia .....

- przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości: .....

(słownie).....

- nie przyznaję pomocy zdrowotnej\*

dla Pani / Pana

.....  
Uzasadnienie:

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

\* niepotrzebne skreślić

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

### Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

Status nauczyciela ( nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista) .....

Nazwa szkoły, w której nauczyciel był lub jest zatrudniony

### Dane pełnomocnika upoważnionego do złożenia wniosku\*:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

*\*wypełnić w przypadku , gdy wniosek składa pełnomocnik upoważniony do złożenia wniosku*

### Uzasadnienie

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

..

..

*(uzasadnienie powinno zawierać m.in. informacje dotyczące poniesionych przez nauczyciela kosztów korzystania z opieki zdrowotnej, w szczególności specjalistycznych usług medycznych, zakupu lekarstw, sprzętu medycznego lub ortopedycznego, rehabilitacji zdrowotnej, korzystania z lecznictwa uzdrowiskowego)*

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela,
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (np. oryginały faktur, rachunków),
3. Pełnomocnictwo w przypadku wystąpienia okoliczności złożenia wniosku przez pełnomocnika,
4. Inne dokumenty uzasadniające przyznanie zapomogi dla nauczyciela tj;

.....

.....

### Oświadczenia:

1. Oświadczam, że koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia nie były refundowane z innych źródeł.

2. W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej w formie zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli proszę o przelanie środków na:

Nr konta osobistego.....

Nazwa banku .....

.....

.....

*( miejscowość i data)*

*(podpis nauczyciela lub jego pełnomocnika)*

3. Oświadczam, że na podstawie art. 7 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95.46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – dalej RODO, **wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie przez Gminę Szepietowo, ul. Główna 6, 18-210 Szepietowo reprezentowaną przez Burmistrza Szepietowa** moich danych osobowych, zawartych we wniosku oraz załączonych do niego dokumentach dla celów związanych z przebiegiem prac dotyczących przyznania świadczenia pieniężnego ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną.

Jestem świadoma/y przysługującego mi prawa do wycofania zgody na przetwarzanie moich danych osobowych oraz informacji, że cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....

.....

*( miejscowość i data)*

*(podpis nauczyciela lub jego pełnomocnika)*

### ZAŚWIADCZENIE

Potwierdza się, że Pan/Pani ..... jest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.:

- 1) Jest nauczycielem zatrudnionym w ..... w łącznym wymiarze ..... etatu.
- 2) Jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w .....
- 3) Jest byłym nauczycielem zlikwidowanej szkoły .....  
pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany w .....

.....  
(pieczęć szkoły)

.....  
(data i podpis dyrektora)



**REJESTR**  
**wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej**

Lp	Imię i nazwisko	Status zawodowy P-pracujący E-emeryt/rencista/otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne	Cel świadczenia zdrowotnego	Przyznana pomoc zdrowotna	Data przyznania	Uwagi