Uchwała Nr XXIII.111.2020
Rady Gminy Rybno
z dnia 25 maja 2020r

w sprawie określenia rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Rybno

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (tj. Dz.U. 2020r. poz. 713) oraz art. 72, w związku z art. 91b ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela (tj .Dz.U. z 2019r., poz. 2215), po zaopiniowaniu przez związki zawodowe zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 23 maja 1991r. o związkach zawodowych (tj. Dz.U. z 2019r.poz. 263) Rada Gminy Rybno uchwala się co następuje:

§ 1. Określa się rodzaj świadczeń oraz warunki i sposób ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Rybno.

§ 2. Fundusz zdrowotny tworzą środki finansowe wyodrębnione corocznie w budżecie Gminy Rybno z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

§ 3. Osobami uprawnionymi do korzystania z funduszu zdrowotnego są:
1) nauczyciele zatrudnieni w szkołach lub przedszkolach;
2) nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycieli przebywających na świadczeniu kompensacyjnym.

§ 4. Ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną mają prawo korzystać nauczyciele, którzy ponoszą koszty związane z:
1) leczeniem spowodowanym ciężką lub przewlekłą chorobą;
2) korzystaniem z pomocy specjalistycznej, specjalistycznych badań, konsultacji;
3) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu;
4) leczeniem sanatoryjnym;
5) długotrwałą rehabilitacją, w tym związaną z chorobami zawodowymi i powypadkowymi.

§ 5. 1.Pomoc zdrowotna jest udzielana w formie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia finansowego.

2. 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 specjalistycznej diety, konieczność stosowania specjalnego sprzętu medycznego);
2) wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia;

3) sytuacji materialnej w gospodarstwie domowym nauczyciela;
4) możliwości finansowych funduszu zdrowotnego, określonych liczbą rozpatrzonych wniosków i wysokości kosztów ponoszonych na leczenie przez nauczycieli.

3. W przypadku braków środków na pełne pokrycie potrzeb świadczenie będzie przyznane częściowo lub nie będzie przyznane.

4. Wysokość udzielonej pomocy nie może przekroczyć wysokości udokumentowanych wydatków na świadczenie określone w § 5.

§ 6.1 Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie przez nauczyciela w terminie do 31 maja lub do 30 listopada danego roku wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej według wzoru stanowiącego załącznik do uchwały.

2. Do wniosku należy dołączyć:
1) aktualne zaświadczenie lekarskie wraz z wykazem na stałe przyjmowanych leków;
2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (w szczególności faktury lub rachunki za leczenie, badania specjalistyczne, zabiegi, zakup lekarstw wykazanych na zaświadczeniu, protez, sprzętu rehabilitacyjnego, itp.);
3) oświadczenia o dochodach;
4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.

3. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w ust.2 nauczyciel zostanie wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

4. O przyznaniu i wysokości świadczenia pieniężnego lub odmowie jego przyznania wnioskodawca jest informowany pisemnie.

§ 7. 1. Wniosek o przyznanie świadczenia uprawniony kieruje do Wójta Gminy Rybno.

2. Wniosek o przyznanie nauczycielowi pomocy zdrowotnej może złożyć również przełożony nauczyciela, zakładowa organizacja związków lub opiekun, jeśli nauczyciel nie jest zdolny osobiście do podejmowania czynności w tym zakresie.

§ 8. 1. Pomoc zdrowotna dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej udzielana jest raz w roku i nie może być wyższa niż 1000,00 zł. W uzasadnionych przypadkach świadczenie może być przyznane dwa razy w roku budżetowym.

2. Wysokość przyznanego świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej będzie uzależniona od wysokości środków finansowych zaplanowanych na ten cel w budżecie Gminy Rybno i liczby składanych wniosków.

3. Decyzję o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej podejmuje Wójt Gminy Rybno po zasięgnięciu opinii powołanej przez siebie trzyosobowej Komisji do spraw przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

§ 9. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Rybno.

§ 10. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Mazowieckiego .

PRZEWODNICZĄCY RADY
Sylwia Anna Feliga

Załącznik
do Uchwały Nr XXIII.111.2020
Rady Gminy Rybno
z dnia 25 maja 2020r.

WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....
(imię i nazwisko nauczyciela)

.....
(adres zamieszkania, telefon)

.....
(szkoła, w której wnioskodawca jest lub był ostatnio zatrudniony) Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu zdrowotnego.

Uzasadnienie:
.....
.....
.....
.....

Z Funduszu zdrowotnego korzystałem/am w roku .....

z powodu .....
.....

W załączeniu do wniosku przedkładam:
1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie i wskazaniach dot. leczenia,
2) oryginalne dokumenty lub kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem (rachunki, faktury), potwierdzające poniesione koszty leczenia za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku,
3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny, średnie dochody netto na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy,
4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy:

.....

.....

W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej w formie zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli proszę o:
1) dokonanie przelewu środków finansowych na moje konto osobiste, numer

.....*
2) wystawienie czeku na kwotę przyznanego zasiłku, który odbiorę osobiście.*

....
(miejscowość, data) (czytelny podpis)
*niewłaściwe skreślić

PRZEWODNICZĄCY RADY
Sylwia Anna Feliga

Uzasadnienie złożenia wniosku po terminie:

.....

.....

.....

....
data i czytelny podpis

Oświadczam, że przedłożone dokumenty wskazane w § 10 ust.2 i ujęte w nich koszty nie podlegają/ nie podlegały refundacji z budżetu państwa przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

.....
data i czytelny podpis

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz załączonych do niego dokumentach, do celów związanych z przyznaniem pomocy zdrowotnej

. .....
data i czytelny podpis

PRZEWODNICZĄCY RADY
Sylwia Anna Feliga

OŚWIADCZENIE

o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela

.....

nazwisko i imię nauczyciela

.....

adres i nr telefonu

Niniejsze oświadczenie składam w celu przyznania mi świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Oświadczenie o dochodach:

Lp.	Osoby w rodzinie / rodzaj dochodu	Liczba osób / wysokość dochodu* (netto)
1	Liczba osób w rodzinie (dot. wnioskodawcy i wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)	
2	Dochód nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	
3	Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	
4	Łączny dochód rodziny uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (poz. 2 + poz. 3)	
5	Średni miesięczny dochód netto przypadający na jednego członka rodziny (poz. 4 podzielona przez poz. 1 / podzielone przez 3 miesiące)	

*wysokość dochodów ze wszystkich źródeł dochodu, po opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

Świadomy (a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233§ 1 Kodeksu karnego za zeznawanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

.....

(data i czytelny podpis)

PRZEWODNICZĄCY RADY

Sylwia Anna Feliga

Rejestr wniosków nauczycieli o przyznaniu pomocy z Funduszu Zdrowotnego

Rok	Imię i nazwisko nauczyciela	Status zawodowy P - pracujący E - emeryt/rencista lub osoba otrzymując a nauczycielskie świadczenie kompensacyjne	Cel pomocy zdrowotnej	Proponowana Kwota pomocy zdrowotnej	Ostatnio otrzymana pomoc zdrowotna

PRZEWODNICZĄCY RADY
Sylwia Anna Feliga