

Załącznik do uchwały Nr LXVIII/535/2022
Rady Miejskiej w Kazimierzy Wielkiej
z dnia 30 listopada 2022 r.

**Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli
zatrudnionych w szkołach i placówkach dla których organem prowadzącym
jest Gmina Kazimierza Wielka oraz nauczycieli emerytów, nauczycieli rencistów, oraz nauczycieli
otrzymujący nauczycielskie świadczenia kompensacyjne
wywodzący się z tych szkół i placówek**

**Rozdział 1.
Postanowienie wstępne**

§ 1. 1. Niniejszy regulamin stosuje się w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Kazimierza Wielka.

2. Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Kazimierza Wielka określa, rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunki i sposób ich przyznawania.

3. Fundusz Zdrowotny tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy Kazimierza Wielka przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

4. Środkami finansowymi, o których mowa w ust. 3 gospodaruje Burmistrz Miasta i Gminy Kazimierza Wielka.

**Rozdział 2.
Rodzaje świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej**

§ 2. 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w danym roku budżetowym w formie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego udzielonego w formie zapomogi zdrowotnej, jako refundacja całkowita lub częściowa kosztów poniesionych przez osoby uprawnione:

- 1) u których orzeczono chorobę zawodową, chorobę przewlekłą, wymagającą np. 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 w związku z przewlekłą chorobą, chorobą zawodową lub chorobą powypadkową na zakup wyrobów medycznych, środków pomocniczych, sprzętu i urządzeń rehabilitacyjnych umożliwiających lub ułatwiających proces rehabilitacji leczniczej,
- 5) które znalazły się w wyjątkowo trudnej sytuacji zdrowotnej, obejmującej zakres kilku ww. zapisów.

§ 3. 1. Nauczyciel może ubiegać się o pomoc zdrowotną ze środków Funduszu Zdrowotnego jeden raz w roku.

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, itp.);
- 2) wysokość udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia;

**Rozdział 3.
Warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej**

§ 4. 1. Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie wniosku, którego wzór stanowi załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu.

2. Wraz z wnioskiem, celem udokumentowania okoliczności objętych wnioskiem, wnioskodawca może przedłożyć w szczególności:

- 1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę i leczenie nauczyciela, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub konieczność zapewnienia opieki zdrowotnej, wystawione w roku, w którym nauczyciel występuje z wnioskiem,
- 2) dokumenty potwierdzające koszt leczenia i rehabilitacji,
- 3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej,

3. Dyrektor szkoły właściwy ze względu na miejsce zatrudnienia wnioskodawcy potwierdza uprawnienia nauczyciela do otrzymania pomocy zdrowotnej.

- 1) W przypadku zatrudnienia nauczyciela w kilku szkołach, wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej potwierdza dyrektor szkoły w której nauczyciel jest zatrudniony w najwyższym wymiarze.
- 2) Wniosek który dotyczy nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli otrzymujących nauczycielskie świadczenia kompensacyjne potwierdza Dyrektor Szkoły, w której byli zatrudnieni przed przejściem na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne.
- 3) W przypadku likwidacji szkoły będącej ostatnim miejscem zatrudnienia nauczyciela, wniosek potwierdza Dyrektor Szkoły, w której jest naliczany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych dla tego nauczyciela (emeryta, rencisty, bądź pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne).

4. Wnioski wraz z załącznikami należy składać w Urzędzie Miasta i Gminy Kazimierza Wielka, ul. Kościuszki 12, 28-500 Kazimierza Wielka, osobiście lub drogą pocztową na ww. adres w kopercie z dopiskiem „wniosek o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli”, w terminach:

- 1) do 30 kwietnia danego roku kalendarzowego,
- 2) do 31 października danego roku kalendarzowego.

5. Wnioski ewidencjonowane są w rejestrze stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

§ 5. 1. Złożone wnioski będą rozpatrywane dwa razy do roku w terminach:

- 1) Wnioski złożone w terminie, o którym mowa w § 4 ust. 4 pkt 1 do dnia 31 maja danego roku kalendarzowego.
- 2) Wnioski złożone w terminie, o którym mowa w § 4 ust. 4 pkt 2 do dnia 30 listopada danego roku kalendarzowego.

2. W szczególnych przypadkach, tj. choroba nowotworowa, nagły wypadek, wniosek może zostać rozpatrzony w trybie pilnym, bez zachowania terminu, o którym mowa w ust.1.

§ 6. 1. Decyzję o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej lub decyzję odmowną podejmuje Burmistrz Miasta i Gminy Kazimierza Wielka.

2. O przyznaniu i wysokości świadczenia lub odmowie jego przyznania zawiadamia się wnioskodawcę w terminie 14 dni od dnia rozpatrzenia wniosku.

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

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIAJSKIEJ
Wacław Piwudzki

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego

.....
Nauczyciel (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania, telefon

.....
Czynny pracownik, emeryt, pobierający świadczenie kompensacyjne, rencista – wpisać jedną z możliwości

.....
Nr rachunku bankowego, na który należy przesłać świadczenie zdrowotne

.....
Miejsce pracy (podstawowe) – dla emerytów/rencistów/pobierających świadczenie kompensacyjne było miejsce pracy

Potwierdzenie zatrudnienia przez Dyrektora Szkoły/Placówki, w której ubiegający się o pomoc jest lub był zatrudniony

.....
(pieczętka Szkoły/ Placówki)

.....
(pieczętka i podpis dyrektora Szkoły/ Placówki)

4. Uzasadnienie wniosku.....

*Nie potrzebne skreślić

**PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ**

Wacław Piwudzki

Rejestr wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej

LP.	NAZWISKO I IMIĘ OSOBY UPRAWNIONEJ	DATA WPŁYWU WNIOSKU	NAZWA SZKOŁY/ PLACÓWKI W KTÓREJ OSOBA UPRAWNIONA PRACUJE/PRACOWAŁA	ADNOTACJE

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ
Wacław Pivudzki