

Uchwała Nr XVIII/130/08
Rady Gminy Dywity
z dnia 21 kwietnia 2008 r.

w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

Na podstawie art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006r. Nr 97, poz. 674, Nr 170, poz.1218, Nr 220, poz. 1600, Dz. U. z 2007r. Nr 17,poz. 95, Nr 80, poz. 542, Nr 158, poz. 1103, Nr 102, poz. 689, Nr 176,poz.1238, Nr 191, poz. 1369, Nr 247,poz. 1821) Rada Gminy Dywity uchwała co następuje:

§ 1

W ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, o których mowa w art. 72 ust. 1 i 4 ustawy Karta Nauczyciela, zwanych dalej „nauczycielami”, tworzy się Fundusz Zdrowotny stanowiący 0,3% rocznego limitu wynagrodzeń osobowych czynnych nauczycieli.

§ 2

Ze świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej mają prawo korzystać nauczyciele, którzy:

- 1) leczą się w innej miejscowości z powodu braku placówki służby zdrowia w ich miejscu zamieszkania lub miejscu pracy;
- 2) leczą się z powodu przewlekłej choroby lub gdy przebieg choroby jest wyjątkowo ciężki;
- 3) muszą korzystać z pomocy leczniczej specjalistycznej poza miejscem zamieszkania lub miejscem pracy;
- 4) zakupują środki pomocnicze niezbędne do wykonywania zawodu w szczególności takie jak: aparaty słuchowe, okulary lub szkła kontaktowe – w przypadku nauczycieli wychowania fizycznego;
- 5) opłacają koszty zabiegów leczniczych w sanatoriach, uzdrowiskach lub ośrodkach rehabilitacyjnych;
- 6) ze względu na stan zdrowia stosują specjalną dietę;
- 7) korzystają z dodatkowej opieki w czasie choroby.

§ 3

Ustala się następujące rodzaje świadczeń finansowanych lub dofinansowywanych w ramach pomocy zdrowotnej:

- 1) zapomoga zdrowotna w przypadku długotrwałego lub przewlekłego leczenia;
- 2) zasiłek na zakup leków;
- 3) refundacja kosztów dojazdów na leczenie i pobyt w szpitalu;
- 4) opłata za zabiegi i operacje;
- 5) refundacja kosztów pobytu w sanatorium, uzdrowisku lub na turnusie rehabilitacyjnym;
- 6) refundacja kosztów pomocy leczniczej specjalistycznej;
- 7) refundacja dodatkowej opieki w czasie choroby.

§ 4

1. Świadczenia pomocy zdrowotnej udzielane są w formie zasiłku pieniężnego przyznawanego przez dyrektorów placówek oświatowych, z zastrzeżeniem ust. 10.

2. Wysokość zasiłku pieniężnego uzależniona jest od środków finansowych określonych na ten cel w uchwale budżetowej oraz sytuacji materialnej nauczyciela i liczby złożonych wniosków.

3. Zasiłek pieniężny może być przyznany raz w roku, a w szczególnie uzasadnionych

przypadkach ciężkiej, przewlekłej lub nieuleczalnej choroby, dwa razy w roku.

4. Warunkiem przyznania zasiłku pieniężnego jest złożenie przez wnioskodawcę wniosku, którego wzór stanowi załącznik do uchwały.

5. Do wniosku winny być dołączone:

- a) oświadczenie o wysokości dochodów brutto na członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną;
- b) zaświadczenie o leczeniu;
- c) kopie rachunków za specjalistyczne leczenie bądź inne koszty wyszczególnione w § 3.

6. Wniosek składany jest przez nauczyciela do dyrektora szkoły, w której jest lub był zatrudniony(przed odejściem na rentę/emeryturę).

7. W imieniu nauczyciela, z wnioskiem mogą wystąpić również inne osoby, upoważnione przez nauczyciela, w przypadku gdy nie jest on zdolny osobiście do podejmowania czynności w tym zakresie.

8. Wnioski rozpatrywane są w miarę potrzeb, lecz nie rzadziej niż dwa razy w roku.

9. O terminie rozpatrywania wniosków powiadamia się zainteresowanych na co najmniej 14 dni przed planowanym terminem rozpatrywania.

10. W stosunku do dyrektorów placówek oświatowych przyznania zasiłku pieniężnego dokonuje Wójt Gminy Dywity, ust. 2-9 stosuje się odpowiednio.

§ 5

Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Dywity.

§ 6

Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Warmińsko – Mazurskiego.

Przewodnicząca Rady

Renata Kaszubska

.....
/imię i nazwisko lub nazwa wnioskodawcy/
.....

.....
/adres zamieszkania lub siedziby/
.....

WNIOSEK

o przyznanie świadczeń pomocy zdrowotnej

I. WNIOSKUJĘ O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ
W ROKU

1. Imię i nazwisko nauczyciela:.....
2. Adres zamieszkania:.....
3. Nazwa banku i numer konta (lub inna forma odbioru świadczenia):.....
4. Wnioskowana forma pomocy zdrowotnej:

| Lp. | Forma pomocy | Zaznaczyć odpowiednio znakiem „X” |
|-----|---|-----------------------------------|
| 1. | Zapomoga zdrowotna w przypadku długotrwałego lub przewlekłego leczenia | |
| 2. | Zasiłek na zakup leków | |
| 3. | Refundacja kosztów dojazdów na leczenie i pobyt w szpitalu | |
| 4. | Opłata za zabiegi i operacje | |
| 5. | Refundacja kosztów pobytu w sanatorium, uzdrowisku lub na turnusie rehabilitacyjnym | |
| 6. | Refundacja kosztów pomocy leczniczej specjalistycznej | |
| 7. | Refundacja dodatkowej opieki w czasie choroby | |

5. Złożony wniosku uzasadniam:

| Lp. | Formy leczenia | Zaznaczyć odpowiednio znakiem „X” |
|-----|--|-----------------------------------|
| 1. | Leczenie w innej miejscowości z powodu braku placówki służby zdrowia w ich miejscu zamieszkania lub miejscu pracy, | |
| 2. | Leczenie z powodu przewlekłej choroby lub gdy przebieg choroby jest wyjątkowo ciężki | |
| 3. | Korzystanie z pomocy leczniczej specjalistycznej poza miejscem zamieszkania lub miejscem pracy, | |
| 4. | Ponoszenie kosztów zakupu środków pomocniczych niezbędnych do wykonywania zawodu w szczególności takich jak: aparaty słuchowe, okulary lub szkła kontaktowe- w przypadku nauczycieli wychowania fizycznego | |
| 5. | Opłacanie zabiegów leczniczych w sanatoriach, uzdrowiskach lub ośrodkach rehabilitacyjnych | |
| 6. | Stosowanie specjalnej diety ze względu na stan zdrowia | |
| 7. | Korzystanie z dodatkowej opieki w czasie choroby | |

OŚWIADCZENIE

1. Ja niżej podpisany(a).....

zamieszkały(a).....

seria i numer dowodu osobistego.....nr PESEL.....

pouczony(a) o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art.223 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997r. Nr 88 poz.553 ze zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy potwierdzam prawdziwość danych zamieszczonych we wniosku.

2.Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji zadań związanych z niniejszym wnioskiem, wynikających z obowiązujących przepisów prawa, w systemach informatycznych oraz kartotekach, ewidencjach, skorowidzach, wykazach itp. Zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie do danych, ich poprawiania i kontroli przetwarzania.

Miejscowość.....

Data.....

.....
/podpis osoby składającej oświadczenie/

DECYZJA W SPRAWIE PRYZNANIA/NIE PRYZNANIA* POMOCY ZDROWOTNEJ

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

.....
/miejscowość, data/

.....
/pieczęć szkoły/organu/

.....
/podpis i pieczęć imienna dyrektora/Wójta/

*-niepotrzebne skreślić