

**UCHWAŁA NR IV/22/15  
RADY GMINY DUBENINKI**

z dnia 31 marca 2015 r.

**w sprawie ustalenia Regulaminu Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach prowadzonych przez Gminę Dubeninki**

Na podstawie art. 72, ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2014r., poz. 191 z późn. zm.) w związku z art. 18 ust. 2, pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (tekst jedn. Dz. U. z 2013, poz. 594 z późn. zm.) ) uchwała się co następuje:

**§ 1.** Ustala się regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach podstawowych i gimnazjum prowadzonych przez Gminę Dubeninki stanowiący załącznik Nr 1 do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Dubeninki.

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

Przewodniczący Rady Gminy

**Stanisław Rudziewicz**

### **Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli**

**§ 1.** Niniejszy regulamin ma zastosowanie do nauczycieli, o których mowa w art. 72 ust 1 i ust 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2014r., poz. 191 z późn. zm.) szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Dubeninki.

**§ 2.** Regulamin określa rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół prowadzonych przez Gminę Dubeninki oraz warunki i sposób ich przyznawania.

**§ 3. 1.** Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie bezwrotnego świadczenia pieniężnego w ramach środków finansowych przeznaczonych corocznie na ten cel w uchwale budżetowej Gminy Dubeninki.

2. Nauczyciel ma prawo korzystać raz w roku ze środków przeznaczonych na pomoc zdrowotną.

**§ 4.** Pomoc zdrowotna przeznaczona jest na refundację w całości lub części poniesionych przez nauczyciela kosztów :

- 1) długotrwałego korzystania ze specjalistycznej opieki zdrowotnej, w szczególności badań i porad lekarskich,
- 2) długotrwałego leczenia szpitalnego z koniecznością dalszego leczenia, zapewnienia opieki dla chorego,
- 3) leczenia przewlekłej lub długotrwałej choroby zwłaszcza zakupu lekarstw, środków medycznych,
- 4) zakupu sprzętu ortopedycznego, rehabilitacyjnego, do korekcji.

**§ 5.** Przyznana pomoc zdrowotna oraz jej wysokość, uzależniona jest od:

- 1) rodzaju i przebiegu choroby,
- 2) wysokości poniesionych i udokumentowanych przez nauczyciela kosztów leczenia w danym roku kalendarzowym,
- 3) wysokości dochodów brutto na członka rodziny (przeciętny miesięczny dochód przypadający na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie trzech miesięcy bezpośrednio poprzedzających miesiąc złożenia wniosku),
- 4) innych okoliczności wpływających na sytuację materialną.
- 5) liczby złożonych wniosków,
- 6) wielkości środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną.

**§ 6. 1.** Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie do Wójta Gminy Dubeninki przez nauczyciela wniosku na druku, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu w terminie do 15 listopada danego roku.

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

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z ciężką lub przewlekłą chorobą, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, leczenia specjalistycznego, konieczność zapewnienia choremu nauczycielowi dodatkowej opieki,
- 2) Potwierdzenie poniesionych kosztów na korzystanie z opieki zdrowia ( faktury, rachunki za leczenie, zakup sprzętu, leków, badań specjalistycznych),

**§ 7. 1.** O przyznaniu pomocy zdrowotnej i jej wysokości lub odmowie przyznania pomocy zdrowotnej, Wójt Gminy Dubeninki zawiadamia wnioskodawcę w formie pisemnej.

2. Wypłata świadczenia pieniężnego dokonywana będzie w kasie Urzędu Gminy Dubeninki lub przelewem na konto bankowe nauczyciela wskazane we wniosku.

3. Świadczenie pieniężne udzielane ze środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli nie ma charakteru roszczeniowego.

**§ 8.** Środki finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 nie wykorzystane w danym roku kalendarzowym, nie przechodzą na rok następny.

.....  
Data wpływu wniosku

.....  
Numer wniosku

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

**w roku .....**

**I. WNIOSKODAWCA**

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy: .....
2. Adres zamieszkania:.....
3. Nr telefonu .....
4. Nazwa szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony :  
.....  
.....

**II UZASADNIENIE WNIOSKU**

**1) Charakterystyka choroby, przebieg i koszty leczenia itp.**

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

**2) Sytuacja materialna**

Wysokości dochodów brutto na członka rodziny (przeciętny miesięczny dochód przypadający na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie trzech miesięcy bezpośrednio poprzedzających miesiąc złożenia wniosku),

Lp	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Miejsce pracy - nauki	Przeciętna miesięczna wysokość dochodu brutto w zł.

Łączny przeciętny miesięczny dochód brutto w rodzinie
Ilość osób w rodzinie
Przeciętny dochód brutto na osobę w rodzinie

**3) Załączniki do wniosku:**

- a) .....
- b) .....
- c) .....

**4) Wskazanie formy przekazania pomocy zdrowotnej ( proszę zaznaczyć właściwe)**

– odbiór w kasie - tak, nie

przelew na konto Nr .....

**III OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. (tekst jednolity Dz. U. 2002r. Nr 101 poz. 926, z późn. zm.)

Dubeninki, dnia ..... Podpis wnioskodawcy: .....