



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Wrocław, dnia 25 marca 2022 r.

Poz. 1603

UCHWAŁA NR XLV/266/22 RADY MIEJSKIEJ W DUSZNIKACH-ZDRÓJU

z dnia 27 stycznia 2022 r.

w sprawie Regulaminu funduszu zdrowotnego dla nauczycieli z placówek oświatowych prowadzonych przez Gminę Duszniki-Zdrój

Na podstawie art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1372 ze zm. Dz. U. z 2021 r., poz. 1834) oraz art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1762) uchwala się, co następuje:

§ 1. W każdym roku w budżecie Gminy Miejskiej Duszniki-Zdrój wyodrębnia się odpowiednie środki finansowe z przeznaczeniem na fundusz zdrowotny dla nauczycieli.

§ 2. Uchwala się Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla nauczycieli z placówek oświatowych prowadzonych przez Gminę Duszniki-Zdrój stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Duszniki-Zdrój.

§ 4. Traci moc uchwała nr XXXIV/191/09 Rady Miejskiej w Dusznikach-Zdroju z dnia 29 stycznia 2009 r. w sprawie: określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Gmina Duszniki-Zdrój oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

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

Przewodnicząca Rady Miejskiej w Dusznikach-Zdroju:
Aleksandra Hausner-Rosik

Załącznik nr 1 do uchwały nr XLV/266/22
Rady Miejskiej w Dusznikach-Zdroju
z dnia 27 stycznia 2022 r.

Regulamin funduszu zdrowotnego dla nauczycieli z placówek oświatowych prowadzonych przez Gminę Duszniki-Zdrój

§ 1. Fundusz zdrowotny tworzą środki finansowe wyodrębnione w budżecie Gminy Duszniki-Zdrój, przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

§ 2. Środkami o których mowa w uchwale zarządza Burmistrz Miasta Duszniki-Zdrój.

§ 3. 1. Rozpatrywanie wniosków odbywać się będzie raz w roku w okresie do 20 listopada.

2. Decyzję o przyznaniu bądź nie przyznaniu pomocy finansowej i jej wysokości podejmuje Burmistrz Miasta Duszniki-Zdrój i informuje o niej wnioskodawcę na piśmie.

§ 4. Środki finansowe przeznaczone na fundusz zdrowotny, które nie zostaną wykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.

§ 5. 1. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

2. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z:

- a) przewlekłą chorobą,
- b) długotrwałym leczeniem szpitalnym z koniecznością dalszego leczenia w domu,
- c) długotrwałym leczeniem specjalistycznym lub sanatoryjnym,
- d) zakupem sprzętu medycznego i leków,
- e) pokryciem kosztów związanych z protetyką, okulistyką i zakupem aparatów słuchowych.

3. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- a) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela,
- b) udokumentowanych wydatków pieniężnych przez nauczyciela, dotyczących składanego wniosku,
- c) wysokości dochodu przypadającego na jednego członka rodziny nauczyciela,
- d) stanu środków przeznaczonych w budżecie Gminy Duszniki-Zdrój na pomoc zdrowotną w danym roku.

4. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie wniosku, według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

5. Do wniosku należy dołączyć:

- a) zaświadczenie lekarskie potwierdzające wystąpienie jednej z okoliczności wymienionych w § 5 ust. 2,
- b) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia w formie imiennych rachunków lub faktur.

6. Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej składa się w terminie do 31 października każdego roku.

7. Wysokość wszystkich przyznanych przez Burmistrza Miasta Duszniki-Zdrój środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, nie może przekroczyć w danym roku kwoty ustalonej na ten cel w uchwale budżetowej.

Załącznik nr 1 do załącznika do uchwały nr XLV/266/22
Rady Miejskiej w Dusznikach-Zdroju z dnia 27 stycznia 2022 r.

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO*

I. Dane osobowe nauczyciela

1	Imię i nazwisko	
2	Adres zamieszkania	
3	Nazwa placówki w której wnioskodawca był/jest zatrudniony oraz jego status	
4	Tel.	
5	Numer konta wnioskodawcy, na które ma być wypłacone świadczenie	

Oświadczam, że średni dochód netto przypadający na jednego członka rodziny pozostającego ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym z 3 (trzech) pełnych miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym złożono wniosek wynosi _____ zł.

Do wniosku składam następujące dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej:

- zaświadczenie lekarskie określające rodzaj choroby i okres jej trwania, wystawione nie wcześniej niż 3 (trzy) miesiące przed dniem, w którym złożono wniosek
- potwierdzające poniesione koszty leczenia na kwotę _____ zł.

(w załączeniu imienne faktury, rachunki)

Świadoma(y) odpowiedzialności oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

(data i podpis wnioskodawcy)

*Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej składa się w terminie do 31 października każdego roku.