



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO

---

Białystok, dnia 2 grudnia 2016 r.

Poz. 4509

### UCHWAŁA NR XIX/114/16 RADY GMINY TRZCIANNE

z dnia 25 listopada 2016 r.

**w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Trzcianne, korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 446 z późn. zm.) w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1379 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

**§ 1.** Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół dla których organem prowadzącym jest Gmina Trzcianne, korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania.

**§ 2.** Regulamin funduszu zdrowotnego stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 3.** Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Trzcianne.

**§ 4.** Traci moc uchwała nr XVII/109/16 Rady Gminy Trzcianne z dnia 20 września 2016 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Trzcianne, korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Podl. z 2016 r. poz. 3660).

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

**Przewodniczący Rady Gminy**  
*Jerzy Wasilewski*

**Załącznik nr 1** do uchwały nr XIX/114/16

Rady Gminy Trzcianne

z dnia 25 listopada 2016 r.

**Regulamin Funduszu Zdrowotnego**

**§ 1.** Regulamin funduszu zdrowotnego określa rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół dla których organem prowadzącym jest Gmina Trzcianne, korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania.

**§ 2.** Do korzystania z funduszu uprawnieni są:

- 1) nauczyciele zatrudnieni w szkołach prowadzonych przez Gminę Trzcianne w wymiarze co najmniej połowy obowiązującego wymiaru zajęć,
- 2) nauczyciele szkół prowadzonych przez Gminę Trzcianne, którzy przeszli na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne bez względu na datę przejścia na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

**§ 3.** Ilekroć dalej jest mowa o:

- 1) regulaminie - należy przez to rozumieć regulamin funduszu zdrowotnego, o którym mowa w § 1,
- 2) organie prowadzącym - należy przez to rozumieć Gminę Trzcianne,
- 3) szkole - należy przez to rozumieć szkołę, dla której organem prowadzącym jest Gmina Trzcianne,
- 4) dyrektorze - należy przez to rozumieć dyrektora szkoły, o której mowa w pkt 3,
- 5) nauczycielu - należy przez to rozumieć nauczycieli wymienionych w § 2 pkt 1 i 2.

**§ 4. 1.** Wysokość środków finansowych tworzących fundusz zdrowotny ustalana jest na każdy rok budżetowy w wysokości 0,3% rocznej planowanej kwoty na wynagrodzenia osobowe nauczycieli, określonych uchwałą w sprawie przyjęcia budżetu na dany rok z wyłączeniem nagród jubileuszowych i odpraw emerytalnych.

2. Środki niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.

**§ 5.** Pomoc zdrowotna jest udzielana jako świadczenie pieniężne i przyznawana jest w formie refundacji poniesionych przez nauczyciela kosztów związanych z:

- 1) leczeniem przewlekłej choroby lub choroby o wyjątkowo ciężkim przebiegu,
- 2) długotrwałym korzystaniem z leczenia specjalistycznego,
- 3) leczeniem rehabilitacyjnym,
- 4) zakupem leków, szkieł korekcyjnych, aparatu słuchowego, protez, sprzętu rehabilitacyjnego, sprzętu ortopedycznego, niezbędnej aparatury medycznej- niezbędnych do przeprowadzenia zalecanego przez lekarza leczenia lub rehabilitacji,
- 5) koniecznością korzystania z usług pielęgnacyjno - opiekuńczych.

**§ 6. 1.** Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej składać może nauczyciel.

2. Wzór wnioski o którym mowa w ust. 1 stanowi załącznik do niniejszego regulaminu.

3. Dokumentacja dołączona do wniosku obejmuje:

- 1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające fakt konieczności korzystania ze świadczeń zdrowotnych określonych w § 5,
  - 2) fakturę potwierdzającą poniesienie wydatku związanego z leczeniem lub zakupem, o którym mowa w § 5.
4. Wnioski nauczycieli są opiniowane przez dyrektora.

5. Wnioski nauczycieli mogą być opiniowane przez komisję, jeżeli organ taki zostanie powołany na mocy statutu szkoły.

6. Wnioski, które nie zawierają dokumentów określonych w ust. 3 nie będą rozpatrywane.

7. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej składa się do sekretariatu Urzędu Gminy Trzcianne, za pośrednictwem dyrektora do 30 czerwca i 15 listopada danego roku.

8. Osoby uprawnione mogą korzystać ze świadczenia raz w roku.

9. Wnioski rozpatruje się w okresie jednego miesiąca licząc od terminu określonego w ust. 7.

10. W szczególnie uzasadnionych przypadkach pomoc zdrowotna może być przyznana w innym terminie niż określony w ust. 7.

**§ 7. 1.** Środkami na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje i przyznaje Wójt Gminy Trzcianne.

2. Wysokość świadczenia nie może przekroczyć wysokości udokumentowanych wydatków określonych w § 6 regulaminu.

3. Wysokość świadczenia zależy od:

- 1) rodzaju i przebiegu choroby,
- 2) wysokości poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia lub zakupu,
- 3) wysokości dochodu przypadającego na jednego członka rodziny.

**Załącznik**  
do Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

1) Nauczyciel (imię i nazwisko)

.....

2) Adres zamieszkania i nr telefonu

.....

3) Numer rachunku bankowego wnioskodawcy

.....

4) Nazwa szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony

.....

5) Uzasadnienie potwierdzające fakt korzystania z opieki zdrowotnej (zgodnie z wydanym zaświadczeniem lekarskim) oraz opis ponoszonych kosztów związanych z leczeniem

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6) Uzasadnienie potwierdzające pilną potrzebę uprawniającą do zastosowania § 6 ust. 10 Regulaminu Funduszu Zdrowotnego (*wypełnić jeśli dotyczy*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7) Oświadczenie o wysokości dochodu przypadającego na jednego członka rodziny za ostatni rok kalendarzowy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8) Załączniki:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Świadoma(y) o odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k. za fałszywe zeznanie lub zatajenie prawdy oświadczam, iż przedstawione we wniosku informacje są prawdziwe, a ponadto oświadczam, że załączone w pkt 8 dokumenty potwierdzają fakt korzystania przeze mnie z opieki zdrowotnej i są merytorycznie powiązane z opisem zawartym w pkt 5 niniejszego wniosku.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922)

Miejscowość, dnia:

.....  
*data i podpis wnioskodawcy*

Ja niżej podpisany(a) ..... - Dyrektor  
*(imię i nazwisko)*

potwierdzam spełnianie przez wnioskodawcę wymogów określonych w § 2 Regulaminu Funduszu Zdrowotnego

.....  
*(data, pieczęć i podpis)*

Opinia Komisji ds. rozpatrywania wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej *(wypełnić, jeśli taki organ jest powołany na mocy statutu szkoły)*

Komisja opiniuje pozytywnie/negatywnie\* złożony wniosek i proponuje przyznać świadczenie w wysokości ..... zł (słownie: .....)

/odmówić przyznania świadczenia\*

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpisy członków Komisji ds. rozpatrywania wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej *(wypełnić, jeśli taki organ jest powołany na mocy statutu szkoły)*

.....

.....

.....

.....  
.....  
Przyznaje świadczenie w kwocie ..... zł (słownie: .....)

.....  
(data i podpis Wójta Gminy)

\*niepotrzebne skreślić