**UCHWAŁA NR SOK.0007.59.2022**

**RADY GMINY JEDNOROŻEC**

**z dnia 30 listopada 2022 r.**

**w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli 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 (tj. Dz. U. z 2022 r., poz. 559 z późn. zm.), art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91d ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (t. j. Dz. U z 2021 r., poz. 1762 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1. Określa się rodzaj świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznania, w formie Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Jednorożec, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Fundusz Zdrowotny Nauczycieli tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy Jednorożec.

§ 3. Traci moc uchwała nr XLVIII/229/2010 Rady Gminy Jednorożec z dnia 10 listopada 2010 r. w sprawie utworzenia funduszu zdrowotnego z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolu i szkołach prowadzonych przez Gminę Jednorożec (Dz. Urz. Woj. Maz. z 2010 r. nr 206 poz. 6455).

§ 4. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Jednorożec.

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

Przewodniczący Rady Gminy Jednorożec

/-/ Cezary Wójcik

**Uzasadnienie**

Zgodnie z art.72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela, niezależnie od przysługującego nauczycielom i ich członkom rodziny prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego, organy prowadzące placówki oświatowe zobowiązane są przeznaczyć corocznie w budżetach odpowiednie środki finansowe na pomoc zdrowotną dla na nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz zobowiązane są do określenia rodzaju świadczeń przyznanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

Środkami finansowymi wyodrębnionymi w ramach funduszu zdrowotnego dysponuje Wójt Gminy Jednorożec.

Projekt niniejszej uchwały został skonsultowany i pozytywnie zaopiniowany przez organizacje związkowe. Mając powyższe na uwadze podjęcie niniejszej uchwały jest w pełni uzasadnione.

Załącznik Nr 1

do uchwały Nr SOK.0007.59.2022

Rady Gminy Jednorożec

z dnia 30 listopada 2022 r.

**Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek dla których organem prowadzącym jest Gmina Jednorożec**

**Rozdział 1.**

**Postanowienie wstępne**

§ 1. Niniejszy regulamin określa:

1. rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej,
2. warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej,
3. sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej, w tym zadania Komisji Zdrowotnej.

§ 2. Ilekroć w regulaminie jest mowa bez bliższego określenia o:

1. szkole - należy przez to rozumieć jednostki organizacyjne wymienione w art. 1 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela, dla których organem prowadzącym jest Gmina Jednorożec,
2. dyrektorze - należy przez to rozumieć dyrektora jednostki, o której mowa w pkt 1,
3. Wójcie - należy przez to rozumieć Wójta Gminy Jednorożec,
4. komisji - należy przez to rozumieć Komisję Zdrowotną,
5. wniosek - należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej;
6. funduszu zdrowotnym - należy przez to rozumieć środki finansowe przeznaczone w budżecie gminy Jednorożec na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej;
7. wnioskodawcy - należy przez to rozumieć nauczyciela lub inną uprawnioną osobę występującą z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej.

**Rozdział 2.**

**Rodzaje świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej**

§ 3. Ze środków finansowych funduszu zdrowotnego na pomoc zdrowotną mogą korzystać osoby uprawnione:

1. u których orzeczono chorobę zawodową, przewlekłą lub nieuleczalną,
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 (powyżej 30 dni),
4. które korzystają z profilaktyki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych,
5. które ponoszą wydatki na zakup wyrobów medycznych, środków pomocniczych, sprzętu i urządzeń rehabilitacyjnych umożliwiających lub ułatwiających proces rehabilitacji leczniczej przysługujących na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza - w związku z poniesionymi z ww. tytułów wydatkami,
6. którym został zlecony zakup szkieł korekcyjnych (dofinansowanie do zakupu może być przyznane nie częściej niż raz na trzy lata),
7. którym zlecono zakup aparatu słuchowego (dofinansowanie do zakupu może być przyznane nie częściej niż raz na trzy lata),

§ 4. 1. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:

1. przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela (w szczególności: przewlekły charakter choroby, zapewnienie dodatkowej opieki choremu, konieczność stosowania specjalnej diety),
2. wysokość udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia,
3. sytuacji materialnej rodziny nauczyciela, po odliczeniu udokumentowanych poniesionych kosztów,
4. możliwości finansowych funduszu zdrowotnego, określonych liczbą pozytywnie rozpatrzonych wniosków i wysokości kosztów poniesionych na leczenie przez nauczycieli.

2. Świadczenie zdrowotne będzie przyznawane w wysokości do 50% poniesionych wydatków.

**Rozdział 3.**

**Warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej**

§ 5. 1. Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie w terminie do dnia 31 października każdego roku wniosku, którego wzór stanowi załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu.

1. Do wniosku należy dołączyć:
2. aktualne zaświadczenie wystawionego przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę, potwierdzające leczenie związane z chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, konieczność zapewnienia choremu opieki,
3. imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesienie wydatku wymienionego we wniosku,
4. inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej,
5. oświadczenie o przeciętnych miesięcznych dochodach brutto przypadających na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
6. Wnioski dotyczące nauczycieli, wraz z załącznikami o których mowa w ust. 2 należy składać w sekretariatach placówek oświatowych, w których pracują aktualnie nauczyciele, lub pracowali przed przejściem na emeryturę, rentę, czy świadczenie kompensacyjne, osobiście lub drogą pocztową w kopercie z dopiskiem „wniosek o przyznanie świadczenia z funduszu zdrowotnego nauczycieli”.
7. Złożone wnioski będą rozpatrywane w terminie do dnia 30 listopada danego roku budżetowego.
8. Wnioski niekompletne bez wymaganej dokumentacji, nie podlegają rozpatrzeniu.
9. Wnioski ewidencjonowane są w rejestrze stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.
10. W przypadku zatrudnienia nauczyciela w kilku szkołach, wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej opiniuje dyrektor szkoły w której nauczyciel jest zatrudniony w najwyższym wymiarze.
11. 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 nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.
12. 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).

**Rozdział 4.**

**Sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej**

§ 6. 1. Nauczyciel może ubiegać się o pomoc zdrowotną ze środków funduszu zdrowotnego jeden raz w roku budżetowym. W szczególnie uzasadnionych przypadkach można przyznać pomoc zdrowotną dodatkowo w danym roku budżetowym, w ramach posiadanych na ten cel środków finansowych.

1. Finansowa pomoc na cele zdrowotne udzielana jest w formie jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.
2. Wysokość przyznanego świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej będzie uzależniona od wysokości środków finansowych zaplanowanych na ten cel w budżecie gminy i liczby składanych wniosków.

§ 7. 1. W drodze zarządzenia Wójt, powołuje Komisję funduszu zdrowotnego.

1. Komisja podejmuje uchwały w głosowaniu jawnym zwykłą większością głosów, przy udziale co najmniej połowy członków Komisji. W przypadku równej liczby głosów rozstrzygający jest głos przewodniczącego Komisji.
2. Z posiedzenia Komisji sporządza się protokół, w którym odpowiednio dokumentuje się i uzasadnia swoją opinię oraz zawiera propozycję przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.
3. Jeżeli z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej występuje członek Komisji, nie może on brać udziału w podejmowaniu uchwały w sprawie opinii dotyczącej tego wniosku.
4. Członkowie Komisji zobligowani są do zachowania tajemnicy obrad i złożenia pisemnego oświadczenia o poufności informacji w tym przedmiocie, oraz przestrzegania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

§ 8. 1. Wójt, na podstawie opinii Komisji, decyduje o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej albo o odmowie przyznania pomocy zdrowotnej.

1. O podjętym rozstrzygnięciu powiadamia się wnioskodawcę pisemnie.

§ 9. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na konto bankowe wskazane przez wnioskodawcę lub w formie gotówkowej w kasie Urzędu Gminy w Jednorożcu.

**Rozdział 5.**

**Postanowienia końcowe**

§ 10. 1. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.

1. Zmiany treści regulaminu wymagają procedury przyjętej dla jego ustalania.

Załącznik Nr 1

do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej

dla nauczycieli szkół i placówek

dla których organem prowadzącym jest Gmina Jednorożec

**WNIOSEK**

**o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli**

**Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek:**

Imię i nazwisko ......................................................................................................................................

Adres zamieszkania ..............................................................................................................................

Telefon kontaktowy ..............................................................................................................................

Status nauczyciela .................................................................................................................................

(*nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista*)

Nazwa szkoły w której nauczyciel jest zatrudniony ( lub w przypadku emeryta, rencisty nazwa szkoły w której jest uprawniony do korzystania z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych)

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

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

**Dane pełnomocnika upoważnionego do złożenia wniosku:**

Imię i nazwisko ............................................................................................................................

Adres zamieszkania .....................................................................................................................

Telefon kontaktowy .....................................................................................................................

*\*wypełnić w przypadku, gdy wniosek składa pełnomocnik upoważniony do złożenia wniosku*

**Uzasadnienie**

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

*(uzasadnienie powinno zawierać m.in. informacje dotyczące poniesionych przez nauczyciela kosztów korzystania z opieki zdrowotnej, w szczególności specjalistycznych usług medycznych, zakupu lekarstw, sprzętu medycznego lub ortopedycznego, rehabilitacji zdrowotnej, korzystania z lecznictwa uzdrowiskowego)*

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela;
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (np. oryginały faktur, rachunków);
3. Pełnomocnictwo w przypadku wystąpienia okoliczności złożenia wniosku przez pełnomocnika;
4. Inne dokumenty uzasadniające przyznanie zapomogi dla nauczyciela tj.:

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

**Oświadczenia :**

1. Oświadczam, że koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia nie były refundowane z innych źródeł.
2. Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka gospodarstwa domowego ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi: .....................................................................zł\*

\*wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu ( do dochodu wlicza się: wszystkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

1. W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej w formie zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli proszę o przelanie środków na :

Numer konta bankowego..................................................................................................

Nazwa banku .....................................................................................................................

........................................ …………………………………………

*(miejscowość i data )*  *(podpis nauczyciela lub jego pełnomocnika)*

Załącznik Nr 2

do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej

dla nauczycieli szkół i placówek

dla których organem prowadzącym jest Gmina Jednorożec

OŚWIADCZENIE O SYTUACJI MATERIALNEJ RODZINY NAUCZYCIELA

1. WNIOSKODAWCA

1. Imię i nazwisko ………………………………………………………………………….
2. Adres zamieszkania …………………………………………………………………..…
3. Telefon kontaktowy …………...…………………………………………….………….
4. Liczba osób w rodzinie (*dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe*): …………………………………...……………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie \* | Wysokość dochodu brutto |
| 1 | Łączny dochód rodziny z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku |  |
| 2 | Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny (poz.1 / liczba osób w rodzinie / 3 m-ce) |  |

**Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku .......................**

………………………………… ………………………………….

(miejscowość, data) (czytelny podpis nauczyciela)

Pouczenie:\* – wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się m.in.: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, emerytury, renty, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, działalności gospodarczej oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy cywilnoprawne: umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną. W przypadku dochodu uzyskiwanego z gospodarstwa rolnego, podobnie jak przy świadczeniach rodzinnych, co wynika z art. 5 ust. 8 ustawy z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, przyjmuje się, że z 1ha przeliczeniowego uzyskuje się dochód miesięczny w wysokości 1/12 dochodu ogłaszanego corocznie w drodze obwieszczenia przez Prezesa GUS, na podstawie art. 18 ustawy z dnia 15 listopada 1984 roku o podatku rolnym.

Załącznik Nr 3

do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej

dla nauczycieli szkół i placówek

dla których organem prowadzącym jest Gmina Jednorożec

**REJESTR**

**wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko nauczyciela** | **Miejsce zatrudnienia /czynny zawodowo/ emeryt/rencista/** | **Cel pomocy zdrowotnej** | **Wnioskowana kwota świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej** | **Przyznana kwota świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej** | **Data przyznania pomocy zdrowotnej** | **uwagi** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |