Projekt 416/14

Uchwała Nr / 2014
Rady Miejskiej w Błoniu
z dnia ..... 2014 r.

w sprawie : pomocy zdrowotnej dla nauczycieli placówek oświatowych Gminy Błonie

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 i art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j.: Dz. U. z 2013 r. poz. 594 z późn. zm.) oraz art. 72 ust. 1 w związku z art. 91 d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Tekst jednolity: Dz.U. z 2014 poz. 191) Rada Miejska w Błoniu uchwala, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się regulamin funduszu zdrowotnego, określający rodzaje świadczeń oraz warunki i sposób ich przyznawania nauczycielom zatrudnionym w placówkach oświatowych dla których organem prowadzącym jest Gmina Błonie, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Błonia.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia z mocą od dnia 1 września 2014 r.

Załącznik
do uchwały Nr .....
Rady Miejskiej w Błoniu
z dnia .....

REGULAMIN FUNDUSZU ZDROWOTNEGO DLA NAUCZYCIELI PLACÓWEK OŚWIATOWYCH GMINY BŁONIE

§ 1.

Osobami uprawnionymi do korzystania z funduszu zdrowotnego są nauczyciele zatrudnieni w placówkach oświatowych Gminy Błonie w co najmniej w połowie obowiązującego wymiaru zajęć oraz nauczyciele - emeryci i renciści, zwani dalej „Nauczycielami".

§ 2.

1. *Fundusz zdrowotny tworzą środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną nauczycieli wynoszące 0,3 % rocznego limitu środków przeznaczonych na wynagrodzenia osobowe nauczycieli.*
2. *Środki przeznaczone na pomoc zdrowotną nie wykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.*

§ 3.

Pomoc zdrowotna jest udzielana w formie zasiłku pieniężnego.

§ 4.

1. *Środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponują dyrektorzy placówek oświatowych Gminy Błonie.*
2. *Dyrektorzy powołują Komisję do rozpatrywania wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej.*
3. *W skład Komisji wchodzą:*
   1) przedstawiciele Rady Pedagogicznej – 2 osoby,
   2) przedstawiciel związków zawodowych działających w placówce.
4. *Komisja przedstawia propozycje wysokości zasiłku pieniężnego w ramach posiadanych środków.*
5. *Dyrektor szkoły zatwierdza wnioski o zasiłek pieniężny po uzyskaniu opinii Komisji.*

§ 5.

Ze środków finansowych mają prawo korzystać nauczyciele, którzy:

*1) leczą się z powodu przewlekłej ciężkiej choroby (**m.in. zakup leków**)*

2) muszą korzystać z pomocy specjalistycznej

*3) ponoszą koszty leczenia np. sanatoryjnego, profilaktycznego (**usg piersi i prostaty, mammografia, cytologia**)*

§ 6.

Do wniosku o zasiłek pieniężny, stanowiącego załącznik do niniejszego Regulaminu należy dołączyć:

1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela,

2) imienne rachunki dokumentujące poniesiony koszty leczenia,

3) oświadczenie o dochodach (netto) z ostatnich trzech miesięcy, przypadających na jednego członka rodziny, uzyskanych ze wszystkich źródeł przychodu.

§ 7.

Z inicjatywą przyznania zasiłku mogą również wystąpić:

1) bezpośredni przełożony placówek oświatowych,

2) Rada Pedagogiczna,

3) związek zawodowy,

4) opiekun nauczyciela, jeżeli nauczyciel nie jest zdolny do podejmowania czynności w tym zakresie.

§ 8.

1. *Przy rozpatrywaniu podań komisja bierze pod uwagę wysokość poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia.*
2. *W przypadku braku środków na pełne pokrycie potrzeb, pomoc zdrowotna będzie przyznawana częściowo.*
3. *Pomoc zdrowotna może być udzielana nauczycielowi raz w roku kalendarzowym.*
4. *Wnioski o przyznanie zasiłków dyrektor placówki rozpatruje dwukrotnie w ciągu roku: w czerwcu oraz w listopadzie.*
5. *W szczególnie uzasadnionych przypadkach wnioski mogą być rozpatrzone w innym terminie.*

WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
(wnioskodawca - imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

***Placówka*.....**

.....
(miejsce zatrudnienia)

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną .
Uzasadnienie :

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

Załączniki do wniosku:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

Oświadczenie

Oświadczam, że średnia wysokość dochodów mojej rodziny (netto) ze wszystkich źródeł z trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną wynosi:

.....*słownie:* .....

....
(Miejscowość, data) *(Podpis wnioskodawcy)*

Opinia Komisji i proponowana wysokość pomocy finansowej :

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

Podpisy członków Komisji :

1. .....
2. .....
3. .....

Dyrektor ..... *przyznaje pomoc zdrowotną w wysokości*

.....*słownie: zł* .....

.....
(data i podpis)