

Regulamin udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

§ 1

Ilekoć w dokumentach normatywnych jest mowa o: nauczycielach rozumie się przez to również innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w szkołach podstawowych i gimnazjach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Biała Podlaska oraz byłych nauczycieli szkół po przejściu na emeryturę lub rentę.

§ 2

1. Wysokość środków finansowych na fundusz zdrowotny dla nauczycieli określana jest corocznie w uchwale Rady Gminy Biała Podlaska w sprawie budżetu na dany rok.
2. Środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje dyrektor Samorządowej Administracji Placówek Oświatowych (SAPO).

§ 3

1. Wysokość jednorazowego zasiłku pieniężnego ustala dyrektor SAPO w zależności od wysokości środków funduszu zdrowotnego, sytuacji materialnej wnioskodawcy oraz ilości złożonych wniosków.
2. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie zasiłku pieniężnego.
3. Zasiłki wypłacane są z budżetu SAPO.
4. Z funduszu zdrowotnego mogą otrzymać zasiłek nauczyciele, którzy:
 - a) leczą się w miejscu zamieszkania z powodu przewlekłej lub ciężkiej choroby,
 - b) udokumentują wysokość poniesionych kosztów leczenia – z wyłączeniem leczenia stomatologicznego
 - c) wymagają konieczności stosowania specjalnej diety w czasie rekonwalescencji lub zapewnienia dodatkowej opieki,
 - d) odbyli długotrwałe leczenie szpitalne z koniecznością dalszego leczenia w domu,
 - e) leczą się w innej miejscowości z powodu braku placówki służby zdrowia w ich miejscu zamieszkania,
 - f) zmuszeni są korzystać z pomocy specjalistycznej w innej miejscowości, mimo istnienia ośrodka zdrowia w miejscu zamieszkania,
 - g) w ramach profilaktyki zdrowotnej korzystają ze szczepień ochronnych.

§ 4

1. Z wnioskiem o przyznanie zasiłku pieniężnego z funduszu zdrowotnego występuje nauczyciel osobiście lub za pośrednictwem członka rodziny lub innej osoby, jeśli sytuacja zdrowotna nie pozwala na osobiste stawienie się.

2. Ustala się następujący wzór wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, który stanowi załącznik do regulaminu.

3. Do wniosku należy dołączyć :

- a) zaświadczenie lekarskie stwierdzające przewlekłą lub przebytą chorobę,
 - b) imienne rachunki dokumentujące poniesione koszty leczenia, np. kwoty wynikające z zakupu leków, sprzętu rehabilitacyjnego, szkielek korekcyjnych itp.
 - c) oświadczenie o dochodach (brutto) na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł przychodu osiągniętych z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku,
 - d) oraz inne wg uznania wnioskodawcy.
4. **Wnioski o przyznanie zasiłku na pomoc zdrowotną dla nauczycieli rozpatrywane będą dwukrotnie w ciągu roku, tj. w pierwszej połowie czerwca i drugiej połowie listopada.**
5. W szczególnie uzasadnionym przypadku wniosek może być rozpatrzony w innym terminie.
6. Wniosek należy złożyć do końca miesiąca poprzedzającego termin rozpatrywania wniosku określony w § 4 ust.4.

§ 5

1. Decyzję o przyznaniu zasiłku o pomoc zdrowotną podejmuje dyrektor SAPO po uprzednim zaopiniowaniu wniosku przez komisję zdrowotną.
2. Komisję, o której mowa w ust.1 powołuje dyrektor SAPO w składzie:
- a) pracownik SAPO
 - b) jeden przedstawiciel związku zawodowego ZNP.
 - c) dwóch nauczycieli wyłonionych z grona pracowników pedagogicznych,

§ 6

Zasiłek na pomoc zdrowotną może być przyznany nauczycielowi nie częściej niż raz w roku.

§ 7

Obsługę techniczną funduszu zdrowotnego prowadzi księgowość SAPO.

§ 8

Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 roku..

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
(wnioskodawca – imię i nazwisko)

.....
(Adres zamieszkania i nr telefonu)

.....
(Szkoła w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony)

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

Uzasadnienie:

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. **zaświadczenie lekarskie stwierdzające przewlekłą lub przebytą chorobę,**

2.

3.

4.

5.

Oświadczenie

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

.....słownie.....

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

Podpisy członków Komisji :

1. – pracownik SAPO

2. - przedstawiciel związku zawodowego (ZNP)

3.

4.

Dyrektor Samorządowej Administracji Placówek Oświatowych w Białej Podlaskiej przyznaje pomoc zdrowotną w wysokości :

..... słownie zł

(kwota)

.....
data

.....
podpis