

z dnia 25 maja 2011 r.

w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

Na podstawie art. 72 ust. 1, w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. – Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674 z późn.zm.¹) uchwala się, co następuje:

§ 1. Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek, dla których organem prowadzącym jest gmina Golub-Dobrzyń oraz warunki i sposób ich przyznawania.

§ 2. Z pomocy zdrowotnej mogą korzystać nauczyciele zatrudnieni w szkołach i placówkach prowadzonych przez gminę Golub-Dobrzyń co najmniej w połowie obowiązującego wymiaru zajęć oraz nauczyciele emeryci, renciści i nauczyciele po przejściu na nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, którzy:

- 1) leczą się w innej miejscowości z powodu braku placówki służby zdrowia w jego miejscu zamieszkania;
- 2) leczą się w miejscu zamieszkania z powodu przewlekłej choroby lub gdy przebieg choroby jest wyjątkowo ciężki;
- 3) korzystają ze specjalistycznej pomocy lekarskiej i ponoszą koszty leczenia specjalistycznego;
- 4) ponoszą koszty zakupu sprzętu leczniczego lub rehabilitacyjnego, koszty leczenia sanatoryjnego.

§ 3. 1. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określa się corocznie w budżecie gminy.

2. Dysponentem środków jest Wójt Gminy Golub - Dobrzyń.

3. Fundusz wykorzystuje się w danym roku kalendarzowym.

§ 4. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie świadczenia pieniężnego stanowiącego jednorazowy zasiłek zdrowotny.

§ 5. Zasiłek zdrowotny może być przyznany nauczycielowi jeden raz w roku, chyba że szczególna sytuacja osoby, o której mowa w § 2, w ciągu roku ponownie wymaga przyznania zasiłku.

§ 6. Wysokość przyznanego zasiłku uzależniona jest od:

- 1) rodzaju i przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, wpływających na sytuację materialną nauczyciela;
- 2) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia;
- 3) sytuacji materialnej nauczyciela.

§ 7. 1. Warunkiem ubiegania się o pomoc zdrowotną jest złożenie wniosku, którego wzór określa załącznik do uchwały wraz z dokumentami potwierdzającymi poniesione wydatki związane z leczeniem.

2. Wnioski o przyznanie zasiłku zdrowotnego należy składać w Gminnym Zespole Ekonomiczno - Administracyjnym Szkół i Przedszkoli w Golubiu - Dobrzyniu każdego roku do 31 października.

3. Z wnioskiem o przyznanie zasiłku zdrowotnego może wystąpić nauczyciel, a także dyrektor szkoły, w której zatrudniony jest lub był nauczyciel potrzebujący pomocy oraz organizacja związkowa.

4. Wnioski o przyznanie zasiłku zdrowotnego opiniuje Komisja Zdrowotna powołana przez Wójta Gminy Golub -Dobrzyń.

5. Posiedzenie komisji zwoływane będzie w miesiącu listopadzie, a wypłata zasiłków zdrowotnych następuje niezwłocznie po ich zaopiniowaniu i zatwierdzeniu przez Wójta Gminy Golub - Dobrzyń.

§ 8. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Golub-Dobrzyń.

§ 9. Uchwała podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Kujawsko - Pomorskiego i wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.



Przewodniczący Rady Gminy

Sławomir Izajasz
Sławomir Izajasz

¹ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w : Dz. U. z 2006r. Nr 170, poz. 1218 i Nr 220, poz. 1600, z 2007 r. Nr 17, poz. 95, Nr 80, poz. 542, Nr 102, poz. 689, Nr 158, poz. 1103, Nr 176, poz. 1238, Nr 191, poz. 1369 i Nr 247, poz. 1821, z 2008 r. Nr 145, poz. 917 i Nr 227, poz. 1505 oraz z 2009 r. Nr 1, poz. 1, Nr 56, poz. 458, Nr 67, poz. 572, Nr 97, poz. 800, Nr 213, poz. 1650 i Nr 219, poz. 1706.

Załącznik do Uchwały Nr X/ 40 /2011

Rady Gminy Golub-Dobrzyń

z dnia 25 maja 2011 r.

Zalacznik1.doc

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

WZÓR

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....
miejscowość i data

.....
Nauczyciel (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania, telefon

.....
Czynny, emerytowany, przebywający na rencie, po przejściu na nauczycielskie świadczenie kompensacyjne
– wpisać jedną z możliwości

.....
Miejsce pracy, wymiar czasu pracy –
dla emerytów/rencistów/ świadczenia kompensacyjnego
ostatnie miejsce pracy

.....
Dochód miesięczny na 1 członka rodziny

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z Funduszu Zdrowotnego

Uzasadnienie

.....
.....
.....
.....
.....
Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia
29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

.....
Podpis wnioskodawcy

Zaświadczenie lekarskie:

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza