

Regulamin

***przyznawania świadczeń
pomocy zdrowotnej
w Zespole Szkół Centrum
Kształcenia Rolniczego
w Oleszycach***

I. PODSTAWA PRAWNA OPRACOWANIA REGULAMINU

§1

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 26 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz.U. z 2021r. poz. 1762 ze zm.),
2. Zarządzenie Nr 67 Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 19 sierpnia 2009 r. w sprawie rodzajów świadczeń na pomoc zdrowotną oraz warunków i sposobu ich przyznawania dla nauczycieli w szkołach i placówkach prowadzonych przez ministra właściwego do spraw rolnictwa (Dz.Urz.MRiRW.2009.23.67)

II. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§2

1. Regulamin określa:
 - 1) rodzaje świadczeń pomocy zdrowotnej,
 - 2) osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń pomocy zdrowotnej,
 - 3) sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej,
 - 4) warunki przyznawania świadczeń pomocy zdrowotnej,
 - 5) zadania Komisji świadczeń pomocy zdrowotnej.
2. Ilekcioć w regulaminie jest mowa o:
 - 1) *szkole* – należy przez to rozumieć Zespół Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego w Oleszycach, dla którego organem prowadzącym jest minister właściwy do spraw rolnictwa;
 - 2) *nauczycielach* – należy przez to rozumieć nauczycieli, o których mowa w art. 1 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela, zatrudnionych w Zespole Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego w Oleszycach prowadzonym przez ministra właściwego do spraw rolnictwa;
 - 3) *emerytowanych nauczycielach lub nauczycielach na rencie* – należy przez to rozumieć nauczycieli, którzy przed przejściem na emeryturę lub rentę byli zatrudnieni w szkole, która została przejęta do prowadzenia

przez minister właściwy do spraw rolnictwa;

- 4) *dyrektorze* - należy przez to rozumieć dyrektora Zespół Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego w Oleszycach, dla którego organem prowadzącym jest minister właściwy do spraw rolnictwa;
- 5) *Komisji* - należy przez to rozumieć Komisję świadczeń pomocy zdrowotnej, powołaną zarządzeniem dyrektora szkoły.

§3

1. Osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń pomocy zdrowotnej są nauczyciele zatrudnieni w wymiarze co najmniej połowy obowiązkowego wymiaru zajęć oraz emerytowani nauczyciele lub nauczyciele na rencie, którzy:
 - 1) leczą się z powodu przewlekłej lub ciężkiej choroby i ponoszą stałe koszty związane z chorobą,
 - 2) długotrwale korzystają z pomocy lekarza specjalisty,
 - 3) ponoszą koszty zakupu protez, sprzętu rehabilitacyjnego, niezbędnej aparatury medycznej.
2. Środki finansowe przeznaczone na świadczenia pomocy zdrowotnej wyodrębnia się w planie finansowym szkoły.

III. RODZAJE ŚWIADCZEŃ W RAMACH POMOCY ZDROWOTNEJ

§4

1. Świadczenia pomocy zdrowotnej mogą być przyznawane w formie częściowego zwrotu kosztów:
 - 1) leczenia, o którym mowa w § 3 pkt 1 i 2, z tym że zwrot kosztów nie może przekroczyć 50% kwoty średniego wynagrodzenia nauczyciela stażysty;
 - 2) zakupu, o którym mowa w § 3 pkt 3, z tym że zwrot kosztów nie może przekroczyć 40% ceny zakupu.
2. Wysokość przyznanego świadczenia jest ustalana przez dyrektora i komisję, z zachowaniem zasad określonych, w ust. 1.
3. W przypadku braku środków na pełne pokrycie potrzeb świadczenie przyznaje się częściowo lub nie będzie przyznane.

V. WARUNKI PRYZNAWANIA ŚWIADCZEŃ

§5

1. Warunkiem przyznania świadczenia pomocy zdrowotnej jest złożenie wniosku w terminie do:
 - 1) końca lutego danego roku kalendarzowego,
 - 2) 15 listopada danego roku kalendarzowego
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 może złożyć:
 - 1) nauczyciel;
 - 2) emerytowany nauczyciel;
 - 3) nauczyciel na rencie.
3. Wzór wniosku stanowi **załącznik Nr 1** do niniejszego Regulaminu.
4. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1 należy dołączyć:
 - 1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające:
 - a) leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą,
 - b) leczenie specjalistyczne,
 - c) stosowanie protezy, sprzętu rehabilitacyjnego lub aparatury medycznej.
 - 2) fakturę lub rachunek potwierdzający wydatek związany z leczeniem lub zakupem,
 - 3) oświadczenie o wysokości średniego dochodu brutto na członka rodziny z okresu 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.
5. Wnioski z załącznikami o których mowa w ust. 4 należy składać w sekretariacie szkoły (ul. Zielona 1, 37-630 Oleszyce) osobiście lub drogą pocztową na ww. adres, w kopercie z dopiskiem „*Wniosek o przyznanie świadczenia pomocy zdrowotnej*”.
6. Złożone wnioski będą rozpatrywane dwa razy do roku w terminach do dnia 31 marca oraz do dnia 15 grudnia każdego roku.
7. Wnioski niekompletne bez wymaganej dokumentacji, nie podlegają rozpatrzeniu.

V. SPOSÓB PRYZNAWANIA ŚWIADCZEŃ POMOCY ZDROWOTNEJ

§6

1. Osoby uprawnione mogą ubiegać się o przyznanie świadczeń pomocy zdrowotnej jeden raz w roku budżetowym.
2. W danym roku budżetowym, w ramach posiadanych środków finansowych, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, można przyznać dodatkową pomoc zdrowotną.
3. Wysokość przyznawanych świadczeń pomocy zdrowotnej uzależniona jest od wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie szkoły i liczby złożonych wniosków.

§7

1. Dyrektor zarządzeniem powołuje Komisje świadczeń pomocy zdrowotnej, w składzie:
 - 1) trzech przedstawicieli Rady Pedagogicznej,
 - 2) po jednym przedstawicielu nauczycielskich związków zawodowych.
2. Komisja podejmuje decyzje w głosowaniu jawnym, zwykłą większością głosów, przy udziale co najmniej połowy członków. W przypadku równej liczby głosów rozstrzygający jest głos przewodniczącego Komisji.
3. Z posiedzenia Komisji sporządza się protokół dokumentujący i uzasadniający opinię Komisji oraz propozycję przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej. (**załącznik nr 3 do Regulaminu**).
4. Członkowie Komisji, o której mowa w ust. 1 zobligowani są do zachowania tajemnicy obrad i złożenia pisemnego oświadczenia o poufności informacji pozyskanych w ramach prac Komisji oraz do przestrzegania zapisów ustawy o ochronie danych osobowych. (**załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu**).

§8

1. Decyzję o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej lub decyzję odmowną na podstawie opinii Komisji podejmuje Dyrektor.
2. O podjętej decyzji powiadamia się wnioskodawcę pisemnie.

§9

Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na konto bankowe wskazane przez wnioskodawcę.

VI. EWIDENCJA

§10

Rejestr wniosków i decyzji prowadzony będzie w formie pisemnej.

VII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§11

1. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.
2. Zmiany treści regulaminu wymagają procedury przyjętej dla jego ustalenia.

§12

Regulamin wchodzi w życie 14 dni po zatwierdzeniu.

WNIOSEK PRACOWNIKA O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy

2. Adres zamieszkania.....

.....

3. Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony.....

.....

4. Określenie formy świadczenia pomocy zdrowotnej wraz z uzasadnieniem

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Z pomocy zdrowotnej korzystałem po raz ostatni w (proszę podać datę):

.....

.....

.....

.....

data

.....
podpis wnioskodawcy

Numer konta bankowego, na który należy przesłać pomoc zdrowotną:

.....

.....

Opinia komisji:

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

Podpisy członków komisji:

1.....
2.....
3.....
4.....
5.....

Decyzja Dyrektora:

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokościzł
(słownie złotych.....)
.....)

.....
data

.....
pieczęć i podpis

OŚWIADCZENIE O SYTUACJI MATERIALNEJ WNIOSKODAWCY

.....
(imię i nazwisko nauczyciela)

.....
(adres, nr telefonu)

Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe).....

Oświadczenie o dochodach:

Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wynosi zł.*

*wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszelkie 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.

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jednocześnie zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania tej pomocy.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Imię i nazwisko.....

Stanowisko.....

OŚWIADCZENIE CZŁONKA KOMISJI O POUFNOŚCI INFORMACJI

Ja, niżej podpisany, zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących wniosków składanych i opiniowanych w ramach prac Komisji świadczeń pomocy zdrowotnej ZSCKR w Oleszycach.

Powyższe zobowiązanie nie dotyczy ujawnienia informacji:

- 1) dostępnych publicznie,
- 2) uzyskanych z innych źródeł, co do których wyrażono pisemną zgodę na ich ujawnienie,
- 3) których ujawnienie może być wymagane na podstawie przepisów prawa.

.....
data

.....
czytelny podpis

