

Regulamin określający rodzaje świadczeń oraz warunki i sposób przyznawania środków w ramach pomocy zdrowotnej nauczycielom szkół i placówek, dla których organem prowadzącym jest Powiat Iławski.

§ 1

Ilekroć w niniejszym regulaminie jest mowa bez bliższego określenia o:

- 1) regulaminie – należy przez to rozumieć „Regulamin określający rodzaje świadczeń oraz warunki i sposób przyznawania środków w ramach pomocy zdrowotnej nauczycielom szkół i placówek, dla których organem prowadzącym jest Powiat Iławski”
- 2) szkole/placówce – należy przez to rozumieć szkoły i placówki, dla których organem prowadzącym jest Powiat Iławski
- 3) nauczycielu – należy przez to rozumieć pracownika pedagogicznego zatrudnionego w szkole/placówce oraz byłych pracowników pedagogicznych, którzy przeszli ze szkoły/placówki na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenia kompensacyjne
- 4) EKS - należy przez to rozumieć Wydział Edukacji, Kultury i Sportu Starostwa Powiatowego w Iławie.

§ 2

Niniejszy regulamin ma zastosowanie do nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach, dla których organem prowadzącym jest Powiat Iławski, lub byłych nauczycieli zatrudnionych w tych szkołach/placówkach, którzy z tych szkół/placówek przeszli na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenia kompensacyjne, z zastrzeżeniem art. 91 b ustawy Karta Nauczyciela.

§ 3

Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego na częściowe pokrycie kosztów :

- 1) długotrwałego korzystania ze specjalistycznej opieki zdrowotnej, badań i konsultacji lekarskich,
- 2) długotrwałego leczenia szpitalnego z koniecznością dalszego leczenia, zapewnienia opieki choremu,
- 3) leczenia przewlekłej lub długotrwałej choroby poprzez zakup leków, sprzętu rehabilitacyjnego oraz innych materiałów i wyrobów medycznych,
- 4) leczenia sanatoryjnego, związanego z przewlekłą chorobą,
- 5) przejazdów do lekarza, specjalistycznych placówek służby zdrowia, szpitali, sanatoriów oraz innych placówek medycznych poza miejscem zamieszkania nauczyciela, związanych z leczeniem przewlekłej, długotrwałej choroby.

§ 4

1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest na podstawie złożonego przez nauczyciela wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, którego formularz jest dostępny w poszczególnych szkołach i placówkach oraz w Wydziale EKS Starostwa Powiatowego w Iławie. Formularz wniosku stanowi Załącznik Nr 1 do Regulaminu.

2. Do wniosku należy dołączyć:

a) oświadczenie o wysokości dochodów brutto z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, przypadających na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodu,

b) zaświadczenie lekarskie potwierdzające fakt istnienia ciężkiej lub przewlekłej choroby i okres jej trwania, wystawione po 1 stycznia danego roku lub aktualne orzeczenie o niepełnosprawności,

c) oryginalne dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów korzystania z opieki zdrowotnej (faktury, rachunki, imienne dowody wpłaty, bilety PKP, autobusowe potwierdzone przez placówkę zdrowotną, lekarza specjalistę), wystawione nie wcześniej niż po ostatnio przyznanej pomocy oraz nie starsze niż 30 listopada ubiegłego roku (dla osób, które nie otrzymały pomocy w czerwcu).

3. Wnioski, o których mowa w ust. 1 należy składać do Zarządu Powiatu za pośrednictwem dyrektora szkoły / placówki w terminach do:

- 31 maja

- 20 października.

4. Dyrektor szkoły / placówki po zaopiniowaniu złożonych wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej przekazuje je do EKS w terminie 7 dni od daty otrzymania wniosku.

5. Wniosek o przyznanie pomocy może złożyć również prawny opiekun osoby niezdolnej do podejmowania czynności w tym zakresie.

6. Pomoc zdrowotna przyznawana jest dwa razy w roku: w czerwcu i grudniu. W przypadkach niecierpiących zwłoki pomoc może być przyznawana z pomięciem ww. terminów.

7. Wnioski niekompletnie nie będą rozpatrywane.

§ 5

Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) wysokości środków przewidzianych w planie finansowym na pomoc zdrowotną,
- 2) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych (w szczególności konieczność stosowania specjalistycznych leków, sprzętu, diety, zapewnienia dodatkowej opieki, koszty dojazdu),
- 3) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela wydatków związanych z leczeniem,
- 4) sytuacji materialnej i życiowej nauczyciela.

§ 6

1. Wysokość jednorazowej zapomogi nie może przekraczać 75 % udokumentowanych wydatków związanych z leczeniem.

2. Pomoc zdrowotna może być przyznana tej samej osobie dwa razy w roku z zastrzeżeniem, że wnioski składane powtórnie w danym roku rozpatrywane są w drugiej kolejności.

3. W szczególnie trudnej sytuacji, ze względu na stopień zaawansowania choroby oraz sytuację rodzinną nauczyciela, pomoc zdrowotna może zostać przydzielona nauczycielowi niezależnie od wysokości poniesionych wydatków na leczenie. Pomoc ta nie może przekroczyć 2.000 zł. Pomoc może być przyznana niezależnie od pomocy określonej w pkt. 2

4. Wysokość środków na zdrowotną pomoc finansową nauczycielom określana jest w uchwale budżetowej na dany rok.

5. Środkami na pomoc zdrowotną dysponuje Zarząd Powiatu Ławskiego.

6. Zarząd Powiatu Ławskiego może powołać komisję do opiniowania wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej.

7. Obsługę organizacyjno – finansową środków przeznaczonych na pomoc zdrowotną nauczycieli prowadzi EKS, który prowadzi również rejestr złożonych wniosków. Wzór rejestru stanowi Załącznik Nr 2 do Regulaminu.

§ 7

Niniejszy Regulamin został zaopiniowany przez związki zawodowe zrzeszające nauczycieli.

WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej w roku.....

I WNIOSKODAWCA

1. Imię i nazwisko nauczyciela:
2. Miejsce pracy:
w wymiarze:
3. Adres zamieszkania:
.....

II UZASADNIENIE WNIOSKU

1. Charakterystyka choroby, przebieg, czas trwania choroby, koszty leczenia itp.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
2. Wskazanie formy przekazania pomocy zdrowotnej
 – odbiór w kasie
 – przelew na konto: nazwa banku:
Nr konta

III OŚWIADCZENIA

1. Sytuacja materialna
 - 1) Ilość osób w rodzinie :
 - 2) Przeciętny miesięczny dochód brutto ze wszystkich źródeł przychodu z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, przypadający na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym wynosisłownie:

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

2. Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość zamieszczonych we wniosku danych.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku, dla celów związanych z przyznaniem pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

IV ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU POTWIERDZAJĄCE:

- leczenie tj. zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z ciężką lub przewlekłą chorobą, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, leczenie specjalistyczne, konieczność zapewniania choremu nauczycielowi dodatkowej opieki na czas trwania choroby
- aktualne orzeczenie o niepełnosprawności
- poniesione koszty korzystania z opieki zdrowotnej (oryginalne faktury, rachunki za leczenie, zakup sprzętu, leków, badania specjalistyczne, koszty dojazdu)
- inne (jakie)

V INFORMACJA O PRYZNANIU/ODMOWIE PRYZNANIA POMOCY FINANSOWEJ

1. Przyznano pomoc zdrowotną w wysokościzł
2. Nie przyznano pomocy zdrowotnej z powodu
3. Uwagi:

.....
Podpis osoby zatwierdzającej

