

Załącznik Nr 1
do uchwały NrXII/65/2007
Rady Gminy Gózd
z dnia 31.08.2007 r

REGULAMIN

gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli placówek oświatowych prowadzonych przez Gminę Gózd.

§ 1

Gospodarowanie środkami funduszu

1. Fundusz zdrowotny tworzą środki finansowe wyodrębnione w budżecie szkół prowadzonych przez Gminę Gózd, z przeznaczeniem na pomoc dla nauczycieli i stanowią 0,1% planowanych rocznych środków przeznaczonych na wynagrodzenia zasadnicze nauczycieli.
2. Środkami, o których mowa w pkt.1 zarządzają dyrektorzy szkół.
3. W celu racjonalnego i jawnego gospodarowania funduszem zdrowotnym dyrektorzy szkół powołują Komisje Zdrowotne.
4. W szkołach zatrudniających powyżej 25 nauczycieli do Komisji Zdrowotnej poza nauczycielami czynnymi zawodowo powinien być również powołany przedstawiciel nauczycieli emerytów i rencistów.
5. Do zadań Komisji Zdrowotnej należy opiniowanie wniosków o przyznanie pomocy finansowej z funduszu.
6. Rozpatrywanie wniosków odbywa się raz na kwartał.
7. Decyzję o przyznaniu pomocy finansowej podejmuje dyrektor szkoły.

§ 2

Osoby uprawnione do korzystania z funduszu zdrowotnego

1. Ze świadczenia funduszu zdrowotnego mogą korzystać:
 - 1) nauczyciele zatrudnieni w placówkach oświatowych prowadzonych przez Gminę Gózd, co najmniej w połowie obowiązującego wymiaru zajęć,
 - 2) byli nauczyciele – emeryci i renciści – danych placówek, którzy przeszli na emeryturę lub rentę z placówek, dla których Gmina Gózd jest organem prowadzącym.

§ 3

Zasady i warunki przyznawania pomocy zdrowotnej

1. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.
2. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z:
 - 1) przewlekłą chorobą nauczyciela,
 - 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym z koniecznością dalszego przebywania w domu,

3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym.

3. Wysokość przyznawanego świadczenia zdrowotnego uzależnia się od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych biorąc pod uwagę sytuację materialną nauczyciela (konieczność stosowania specjalistycznych leków, zapewnienia dodatkowej opieki chorego, itp.),
 - 2) wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia.
4. Warunkiem przyznania świadczenia zdrowotnego jest złożenie przez chorego nauczyciela wniosku na obowiązującym druku, który stanowi integralną część regulaminu z aktualnym zaświadczeniem lekarskim oraz udokumentowaniem poniesionych kosztów leczenia.
5. Do wniosku należy dołączyć dokumenty potwierdzające poniesione koszty związane z leczeniem.
6. Wniosek o przyznanie nauczycielowi świadczenia zdrowotnego może złożyć przełożony nauczyciela, przedstawiciel związków zawodowych, rada pedagogiczna szkoły, opiekun, jeżeli nauczyciel nie jest zdolny osobiście do czynności w tym zakresie.
7. Pomoc zdrowotna udzielana jest raz w roku. W uzasadnionych szczególnych przypadkach świadczenie zdrowotne może być przyznane повторно w danym roku.
8. W przypadku odmowy przyznania pomocy z funduszu zdrowotnego – przysługuje odwołanie do Wójta Gminy Gózd. Odwołanie powinno być przekazane za pośrednictwem dyrektora szkoły w terminie 7 dni od daty otrzymania pisma o decyzji odmownej.
9. Świadczenia zdrowotne będą przyznawane w zależności od posiadanych środków.
10. W przypadku braku środków na pełne pokrycie potrzeb, świadczenia zdrowotne będą przyznawane w części lub nie będą przyznawane.

PRZEWODNICZĄCY
RADA GMINY GÓZD
Krzysztof Molendowski
Krzysztof Molendowski

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
Wnioskodawca (imię i nazwisko)

.....
Adres zamieszkania i nr tel.

.....
placówka oświatowa, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

Uzasadnienie:

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

w załączeniu:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela
- udokumentowanie poniesionych kosztów leczenia

.....
data i podpis wnioskodawcy

Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:

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

Dyrektor szkoły:

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości:

(kwota)

.....
(data i podpis dyrektora)