

**Regulamin przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek, dla  
których organem prowadzącym jest Gmina Łabunie**

**Rozdział I**

**Postanowienia wstępne**

**§1.** Regulamin określa:

1. Zasady tworzenia funduszu zdrowotnego.
2. Rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z pomocy zdrowotnej.
3. Warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.
4. Sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

**Rozdział II**

**Zasady tworzenia funduszu zdrowotnego**

**§2.**

1. Fundusz Zdrowotny Nauczycieli tworzą środki finansowe wyodrębnione w każdym roku w uchwale budżetowej Gminy Łabunie.
2. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, stanowią doraźną pomoc przyznawaną w formie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego przyznawanego jako dofinansowanie do kosztów leczenia ponoszonych przez nauczycieli.
3. Środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli dysponuje i przyznaje Wójt Gminy Łabunie.

**Rozdział III**

**Rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli  
korzystających z pomocy zdrowotnej**

**§3.**

1. Świadczenie przyznawane w ramach pomocy zdrowotnej obejmuje refundację poniesionych kosztów:
  - a) specjalistycznego leczenia, w tym korzystania z konsultacji lekarzy specjalistów, wykonywanie na podstawie skierowania specjalistycznych badań diagnostycznych lub zabiegów medycznych,

- b) korzystania z usług pielęgnacyjno – opiekuńczych,
  - c) zakupu leków zleconych przez lekarza związanych z procesem leczenia,
  - d) zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, wyrobów medycznych, aparatu słuchowego, szkieł korekcyjnych, środków pomocniczych zleconych przez lekarza.
2. Pomoc z funduszu zdrowotnego przyznawana jest osobom uprawnionym w związku z:
- a) długotrwałą chorobą (chorobą przewlekłą, chorobą nieuleczalną lub gdy przebieg choroby jest bardzo ciężki)
  - b) leczeniem szpitalnym z koniecznością dalszego leczenia w domu lub sanatoryjnego
  - c) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,
  - d) nagłym zdarzeniem losowym (np. wypadkiem), wskutek którego wymagane jest leczenie specjalistyczne, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub aparatury medycznej.

**§4.** Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:

- a) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela,
- b) wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia, zakupu leków lub sprzętu,
- c) wysokości dochodu przypadającego na członka rodziny,
- d) wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie gminy na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz liczby pozytywnie rozpatrzonych wniosków.

## **Rozdział IV**

### **Warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej**

**§5.**

1. Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie wniosku na druku stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.
2. Do wniosku należy dołączyć:
  - a) zaświadczenie lekarskie stwierdzające przewlekłą, długotrwałą chorobę, leczenie szpitalne lub poszpitalne, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, aparatury medycznej, wystawione nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku,
  - b) imienne faktury lub rachunki potwierdzające poniesienie wydatku wymienionego we wniosku, wystawione nie wcześniej niż 12 miesięcy przed datą złożenia wniosku,

- c) oświadczenie o dochodzie (brutto) na jednego członka rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym ze wszystkich źródeł przychodów z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.
3. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do przyznania pomocy zdrowotnej.

## **Rozdział V**

### **Sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej**

#### **§6.**

1. Nauczyciele wniosek o przyznanie pomocy z funduszu zdrowotnego wraz z załącznikami składają do Urzędu Gminy Łabunie za pośrednictwem dyrektora szkoły, w której jest lub był zatrudniony w terminie do końca października danego roku w zaklejonej kopercie z dopiskiem „Pomoc zdrowotna dla nauczycieli”.
2. Wnioski rozpatrywane są raz w roku do 30 listopada danego roku budżetowego.
3. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w § 5 ust. 2, wnioskodawca zostaje wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o którym mowa powyżej, wniosek zostanie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym wnioskodawca zostanie poinformowany na piśmie.
4. Decyzję o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej lub decyzję odmowną podejmuje Wójt. Od wydanej decyzji nie przysługuje odwołanie.
5. Do weryfikacji i opiniowania wniosków Wójt w drodze zarządzenia powołuje Komisję Zdrowotną.
6. Obsługę merytoryczną i rachunkową zapewnia Centrum Usług Wspólnych w Łabuniach.
7. Wypłaty przyznanego świadczenia dokonuje się poprzez przekazanie środków na wskazane przez zainteresowanego konto bankowe, w przypadku jego braku w kasie Centrum Usług Wspólnych w Łabuniach.

Do Regulaminu przyznawania pomocy  
zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek,  
dla których organem prowadzącym jest Gmina Łabunie

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania i nr telefonu)

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

**Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie zapomogi zdrowotnej**

Prośbę swą motywuję:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Zaświadczenie stwierdzające przewlekłą, długotrwałą chorobę,
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Przyznane świadczenie proszę o przekazanie na wskazane konto bankowe / Kasa Centrum Usług Wspólnych w Łabuniach\*

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....

## Oświadczenie

**Oświadczam, że średnia miesięczna wysokość moich dochodów (brutto) na jednego członka rodziny w okresie trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną wynosi:**

..... (słownie zł .....) )

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby Funduszu Zdrowotnego zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Urząd Gminy Łabunie, reprezentowany przez Wójta Gminy Łabunie, ul. Zamojska 50, 22-437 Łabunie tel. 84 6116015 e-mail: [a.sokolowski@labunie.com.pl](mailto:a.sokolowski@labunie.com.pl).
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c RODO w celu realizacji świadczeń przyznawanych z Funduszu zdrowotnego Urzędu Gminy w Łabuniach.
3. Odbiorcą danych osobowych będą osoby upoważnione przez administratora do przetwarzania danych osobowych oraz uprawnione organy publiczne, w związku z obowiązkami prawnymi.
4. Dane przechowywane będą przez okres nie dłuższy niż jest to niezbędne w celu przyznania ulgowej usługi i świadczenia, dopłaty z Funduszu oraz ustalenia ich wysokości, a także przez okres dochodzenia do nich praw lub roszczeń.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania.
6. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji celów do jakich zostały zebrane.

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis wnioskodawcy)