Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr XXII/121/2016  
 Rady Gminy Milejewo  
 z dnia 8 grudnia 2016 r.

**REGULAMIN**  
**przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli**

**§ 1.** Do uzyskania pomocy finansowej z funduszu zdrowotnego uprawnieni są:

1)  nauczyciele pracujący w szkołach i przedszkolach prowadzonych przez Gminę Milejewo, zatrudnieni w wymiarze co najmniej ½ obowiązkowego wymiaru zajęć,

2)  nauczyciele, których ostatnim miejscem pracy przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne było przedszkole lub szkoła prowadzone przez Gminę Milejewo.

3)  nauczyciel zatrudniony w kilku szkołach, przedszkolach jest uprawniony do otrzymania jednego świadczenia.

**§ 2.** Świadczenia przyznawane są nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej w związku z:

1)  zwiększonymi kosztami leczenia spowodowanymi ciężką lub przewlekłą chorobą,

2)  korzystaniem z pomocy specjalistycznej, w tym specjalistycznych badań,

3)  długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu,

4)  długotrwałą rehabilitacją, w tym związaną z chorobami zawodowymi i powypadkową,

5)  koniecznością zakupu leków, zaleconych przez lekarza związanych z procesem leczenia,

6)  konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego (zakup szkieł korekcyjnych, aparatu słuchowego, elementów protetyki stomatologicznej itp.), nie częściej niż raz na trzy lata.

**§ 3.**1. Pomoc zdrowotna udzielana jest raz w roku w formie jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

2.  W szczególnie uzasadnionych przypadkach pomoc zdrowotna może być przyznana powtórnie w danym roku.

3.  Wnioski w sprawie udzielenia świadczenia pieniężnego należy składać w terminach do 15 marca, do 15 czerwca, do 15 listopada danego roku kalendarzowego,

4.  Wniosek o przyznanie świadczenia, nauczyciel kieruje do Wójta Gminy Milejewo.

5.  Załącznikiem nr 1 do niniejszego Regulaminu jest wzór wniosku w sprawie przyznania świadczenia.

**§ 4.** Do wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej należy dołączyć:

1)  aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę,

2)  rachunki potwierdzające poniesione koszty związane ze specjalistycznym leczeniem, zakupem leków, sprzętu medycznego, korzystaniem z usług rehabilitacyjnych,

3)  oświadczenie (dotyczące ostatnich trzech miesięcy poprzedzających termin złożenia wniosku) o średniej miesięcznej wysokości dochodów brutto, przypadającego na osobę pozostającą z nauczycielem we wspólnym gospodarstwie domowym, lub osobę samotnie zamieszkującą, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

**§ 5.**1. O przyznaniu i wysokości świadczenia lub odmowie jego przyznania decyduje Wójt Gminy Milejewo w terminie 14 dni od dnia upływu składania wniosków.

2.  O swoim stanowisku, określonym w ust. 1, Wójt Gminy Milejewo informuje wnioskodawcę pisemnie.

3.  Informacja o podjętej przez Wójta Gminy Milejewo decyzji w sprawie wysokości przyznanego świadczenia, lub odmowie przyznania, jest ostateczna i nie przysługuje od niej prawo wniesienia odwołania.

**§ 6.**Wysokość przyznanego świadczenia pieniężnego uzależniona jest od:

1)  ilości środków zabezpieczonych na ten cel w uchwale budżetowej Gminy Milejewo,

2)  liczby złożonych wniosków w roku budżetowym,

3)  sytuacji materialnej wnioskodawcy.

**§ 7.** Wysokość jednorazowego świadczenia nie może przekroczyć 100% minimalnego wynagrodzenia za pracę, ustalonego na dany rok.

  *Przewodniczący Rady Gminy*

*Tomasz Kwietniewski*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Załącznik nr 1

do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO**

**NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELA**

1. Imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. Uzasadnienie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. W przypadku przyznania mi świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej, proszę o przelanie środków finansowych na wskazane poniżej konto bankowe:

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………….……………..

Numer rachunku …………………………………………………………………………….……………

4. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela:

a) Nazwa i adres szkoły /przedszkola, w której nauczyciel jest zatrudniony:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

b) wymiar etatu –wypełnia nauczyciel czynny zawodowo : ………………………….………………

c) Status nauczyciela w chwili składania wniosku:

-czynny zawodowo, -renta/emerytura, - nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. DECYZJA w sprawie przyznania świadczenia**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**6. Wysokość przyznanego świadczenia pieniężnego**

………………… słownie ………………….………………………………………………………....

Data i podpis:

Załącznik nr 2

do Regulaminu przyznawania

pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

**OŚWIADCZENIE**

**o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela**

Nazwisko i imię nauczyciela

…………………....................................................................................................................................

Adres

……………………….............................................................................................................................

**Niniejsze oświadczenie składam w celu przyznania mi świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.**

Oświadczenie o dochodach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Określenie rodzaju dochodu i członków rodziny nauczyciela, których dochód dotyczy | Wysokość dochodu\*  Brutto (w zł) |
| 1 | **Liczba osób w rodzinie** (dot. wszystkich członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym) |  |
| 2 | **Dochód nauczyciela** ubiegającego się o pomoc zdrowotną,  z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku |  |
| 3 | **Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny** pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku |  |
| 4 | **Łączny dochód rodziny** uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (poz. 2+poz.3) |  |
| 5 | **Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny** (poz.4 : poz.1, ) |  |

\* 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 oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną

**Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku** .................

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

(miejscowość, data) (czytelny podpis nauczyciela)