

**UCHWAŁA NR XVIII.134.2020  
RADY GMINY MIŁKI**

z dnia 3 czerwca 2020 r.

**w sprawie określenia rodzaju świadczeń oraz warunków i sposobu ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej nauczycielom szkół prowadzonych przez gminę Miłki**

Na podstawie art.18 ust.2 pkt. 15, art. 40 ust.1, art.41 ust.1 i art. 42 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 713) oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91 d pkt.1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r. poz. 2215) Rada Gminy Miłki uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się Regulamin określający rodzaje świadczeń oraz warunki i sposób ich przyznawania, w ramach pomocy zdrowotnej nauczycielom szkół prowadzonych przez gminę Miłki, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Miłki.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Warmińsko - Mazurskiego.



Przewodniczący Rady Gminy

**Dariusz Ireneusz Górski**

## **REGULAMIN**

### **określający rodzaje świadczeń oraz warunki i sposób ich przyznawania, w ramach pomocy zdrowotnej nauczycielom szkół prowadzonych przez gminę Miłki**

#### **I. Postanowienia ogólne**

§ 1. Regulamin określający rodzaje świadczeń oraz warunki i sposób ich przyznawania, w ramach pomocy zdrowotnej, nauczycielom szkół prowadzonych przez Gminę Miłki, zwany dalej „Regulaminem” został opracowany w oparciu o ustawę z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela, zwaną dalej „Kartą Nauczyciela”.

#### **II. Rodzaje świadczeń**

§ 2. 1. Pomoc zdrowotną przyznaje się nauczycielowi w formie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

2. Pomoc zdrowotna dla danego nauczyciela może być przyznana raz w roku budżetowym.

3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, pomoc zdrowotna nauczycielowi, może być przyznana powtórnie w danym roku, o ile pozwolą na to środki Funduszu zdrowotnego.

4. Pomoc zdrowotna przyznawana jest nauczycielom, w związku z:

- 1) przewlekłą chorobą nauczyciela,
- 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym z koniecznością dalszego leczenia w domu lub sanatorium,
- 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,
- 4) koniecznością zakupu sprzętu ortopedycznego lub rehabilitacyjnego,
- 5) zakupem okularów i szkieł korekcyjnych ze względu na pracę przy monitorze komputera lub pracę związaną z prowadzeniem szkolnej dokumentacji.

#### **III. Warunki przyznawania pomocy zdrowotnej**

§ 3. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli w danym roku budżetowym stanowią 0,1% planowanych rocznych wynagrodzeń osobowych nauczycieli zatrudnionych w szkołach prowadzonych przez Gminę Miłki

§ 4. Ze świadczeń z Funduszu zdrowotnego mogą korzystać:

- 1) nauczyciele zatrudnieni co najmniej w połowie tygodniowego obowiązkowego wymiaru zajęć
- 2) nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, korzystający z funduszu świadczeń w szkole.

§ 5. 1. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych wpływających na sytuację materialną nauczyciela np. zapewnienia dodatkowej opieki choremu, zakup specjalistycznego sprzętu, leków, koszty dojazdu itp.,
- 2) wysokości udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela wydatków związanych z leczeniem,
- 3) sytuacji materialnej rodziny nauczyciela (po odliczeniu udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela wydatków na leczenie),
- 4) czasu leczenia,
- 5) liczby złożonych przez nauczycieli wniosków,
- 6) wysokości środków finansowych ustalonych na ten cel w danym roku w budżecie Gminy Miłki



- aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie,
- oryginalne dokumenty potwierdzające koszty leczenia poniesione w danym roku kalendarzowym.

.....

.....

Miejscowość i data

podpis wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do procedury związanej z przyznaniem pomocy zdrowotnej, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.)

Wójt Gminy Miłki przyznaje pomoc zdrowotną w wysokości :

.....

Kwota w zł

.....

Data i podpis