

Załącznik
do Uchwały Nr XIX/128/2012
Rady Powiatu w Lipnie
z dnia 4 kwietnia 2012 roku

Regulamin
określający rodzaje świadczeń oraz warunki i sposób przyznawania środków
finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz nauczycieli po
przejściu na emeryturę, rentę lub otrzymujących świadczenie
kompensacyjne w związku z pracą w szkołach i placówkach oświatowych prowadzonych
przez Powiat Lipnowski.

§ 1.

1. Postanowienia niniejszego regulaminu dotyczą nauczycieli oraz nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub otrzymujących nauczycielskie świadczenie kompensacyjne w związku z pracą w szkołach i placówkach oświatowych prowadzonych przez Powiat Lipnowski.
2. Ilekroć w treści niniejszego regulaminu jest mowa o:
 - 1) osobie uprawnionej - należy przez to rozumieć nauczycieli i innych pracowników pedagogicznych oraz nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub otrzymującej świadczenie kompensacyjne w związku z pracą w szkołach i placówkach oświatowych prowadzonych przez Powiat Lipnowski;
 - 2) świadczenie – należy przez to rozumieć zasiłek pieniężny związany z ponoszonymi przez uprawnionego kosztami leczenia.
 - 3) szkole – należy przez to rozumieć także placówki oświatowe.

§ 2.

1. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla osób uprawnionych ze szkół prowadzonych przez Powiat Lipnowski, stanowią doraźną pomoc przyznawaną w formie zasiłku pieniężnego związanego z ponoszonymi przez nauczycieli kosztami leczenia.
2. Niewykorzystane środki budżetowe przeznaczone na pomoc zdrowotną wygasają z upływem roku budżetowego.

§ 3.

Pomoc zdrowotna może zostać udzielona osobie uprawnionej raz w roku w formie jednorazowego zasiłku pieniężnego.

§ 4.

Pomoc zdrowotna dla osób uprawnionych może zostać udzielona w szczególności na pokrycie nie finansowanych przez NFZ:

- 1) kosztów leczenia (specjalistycznego, szpitalnego), rehabilitacji;
- 2) kosztów badań diagnostycznych;
- 3) kosztu zakupu leków, środków medycznych, sprzętu rehabilitacyjnego oraz raz na trzy lata - szkielek korekcyjnych;
- 4) inne koszty ponoszone w związku z długotrwałą chorobą.

§ 5.

Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od przebiegu choroby oraz poniesionych kosztów z nią związanych.

§ 6.

1. Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie przez uprawnionego lub osobę upoważnioną, wniosku, na druku stanowiącym załącznik do niniejszego Regulaminu.
2. Do wniosku należy dołączyć:
 - 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia uprawnionego, wypis ze szpitala lub inne dokumenty potwierdzające leczenie;
 - 2) imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (faktury, rachunki
3. Wnioski w sprawie pomocy zdrowotnej, nauczyciel składa w szkole, która jest podstawowym miejscem pracy.
4. Wnioski należy składać do 15 maja i do 15 listopada danego roku.
5. Wnioski rozpatrywane będą do 15 czerwca i do 15 grudnia danego roku.
6. Dyrektor szkoły/placówki złożone przez nauczycieli wnioski wraz z pismem przewodnim przekazuje do Starostwa Powiatowego w Lipnie w ciągu 7 dni od terminu składania wniosków.

§ 7.

1. Decyzję w sprawie przyznania świadczenia i jego wysokości lub odmowy przyznania świadczenia podejmuje Starosta Lipnowski.
2. Informacje o rozpatrzeniu wniosku Wydział Oświaty, Kultury, Sportu i Zdrowia przekazuje właściwemu dyrektorowi szkoły oraz wnioskodawcy w formie pisemnej.
3. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest przez szkołę w terminie 7 dni od otrzymania środków.

WNIOSEK
o przyznanie świadczenia na pomoc zdrowotną
Informacje ogólne

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy

2. Adres zamieszkania, telefon

3. Szkoła/placówka oświatowa, w której nauczyciel jest/był zatrudniony

4 Oświadczenie Dyrektora szkoły/placówki potwierdzające, że nauczyciel jest/był pracownikiem szkoły/placówki oświatowej prowadzonej przez Starostwo Powiatowe w Lipnie.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby potwierdzającej)

I. Wniosek

Proszę o udzielenie mi świadczenia na pomoc zdrowotną z powodu:

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

Wypłatę świadczenia proszę przekazać na:

.....

II. Informacje uprawnionego

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- 1) Aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia.
- 2) Imienne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia.

.....
(miejscowość, dnia)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Prawidłowość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy/a odpowiedzialności regulaminowej i karnej (art. 247 § 1 kk).

Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby Funduszu Zdrowotnego (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.)