

REGULAMIN

określający rodzaje świadczeń oraz warunki i sposób ich przyznawania, w ramach pomocy zdrowotnej nauczycielom szkół, przedszkoli i placówek prowadzonych przez Miasto Łomża.

§ 1

1. Ilekroć w regulaminie mowa jest o szkole – rozumie się przez to szkoły, przedszkola i placówki dla których Miasto Łomża jest organem prowadzącym, ilekroć jest mowa o komisji – rozumie się przez to szkolna komisję do spraw pomocy zdrowotnej nauczycielom.
2. Regulamin stosuje się do nauczycieli zatrudnionych w szkołach oraz nauczycieli emerytów i rencistów tych szkół, zwanych dalej nauczycielami.

§ 2

1. Pomoc zdrowotną przyznaje Dyrektor szkoły po zasięgnięciu opinii komisji w formie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego udzielonego raz w roku kalendarzowym.
2. W ramach pomocy zdrowotnej może być przyznane nauczycielowi świadczenie pieniężne w granicach od 150zł do 1.000,-zł.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, pomoc zdrowotna nauczycielowi, może być przyznana powtórnie w danym roku, o ile pozwolą na to środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną.
4. Kolejne świadczenie może być przyznane po zrealizowaniu złożonych i pozytywnie zaopiniowanych wniosków przez komisję.

§ 3

1. Świadczenie pieniężne mogą otrzymać nauczyciele, którzy:
 - 1) leczą się z powodu choroby zawodowej nauczycieli, wypadku przy pracy lub w drodze do pracy, przewlekłej lub ciężkiej choroby,
 - 2) są pacjentami zarówno publicznych jak i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania lub poza nim,
 - 3) pokryli koszty leczenia w przypadku nie finansowania ich przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
 - 4) po leczeniu szpitalnym kontynuują leczenie sanatoryjne,
2. Świadczenie pieniężne może być również przyznane na:
 - 1) częściowe pokrycie kosztów zakupu sprzętu do rehabilitacji,

- 2) częściowe dofinansowanie do wykonanych protez stomatologicznych,
- 3) częściowe dofinansowanie do zakupu okularów lub szkieł kontaktowych,
- 4) zwrot kosztów przejazdu do lekarza specjalisty.

§ 4

1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela do Dyrektora Szkoły, wniosku na druku stanowiącym załącznik do niniejszego regulaminu.
2. Dyrektor szkoły po zaopiniowaniu przekazuje wniosek do Komisji.
3. Do wnioski należy dołączyć:
 - 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela,
 - 2) oryginalne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia w danym roku kalendarzowym,
 - 3) zaświadczenie potwierdzające miesięczny dochód brutto wszystkich członków rodziny nauczyciela pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i ze wszystkich źródeł, z ostatnich trzech miesięcy przed datą złożenia wniosku.

§ 5

1. W celu racjonalnego i jawnego gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną nauczycieli Dyrektor szkoły powołuje komisję na trzy lata kalendarzowe.
2. Do zadań komisji należy opiniowanie wniosków i ustalanie wysokości przyznanej pomocy oraz sporządzenie protokołu z posiedzenia komisji.
3. Komisja opiniuje wnioski poprzez głosowanie jawne, przy udziale co najmniej połowy jej członków. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego Komisji.
4. Zaopiniowane wnioski zatwierdza Dyrektor szkoły.

§ 6

Wnioski nauczycieli komisja rozpatruje raz na kwartał z tym, że ostatnie posiedzenie komisji nie może odbyć się później niż 30 listopada danego roku.

Przewodniczący
Rady Miejskiej Łomży
Wiesław Tadeusz Grzymała

WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....
/wnioskodawca – imię i nazwisko /

.....
/ adres zamieszkania i nr telefonu/

.....
/nazwa banku i nr konta bankowego /

.....
/ nazwa szkoły, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony/

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej.

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
z pomocy zdrowotnej korzystałem/am/ wroku z powodu

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- 1
- 2.....
- 3.....
- 4.....

.....
/ miejscowość i data /

.....
/ podpis wnioskodawcy /

Opinia Dyrektora szkoły:

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

.....
/ miejscowość i data /

.....
/ podpis dyrektora szkoły /

Opinia Komisji i proponowana wysokość pomocy finansowej:

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

Podpisy Członków Komisji:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Akceptuję / nie akceptuję / udzielenie pomocy zdrowotnej w wysokościzł /
słownie złotych:

.....
/podpis dyrektora szkoły/