

Zarządzenie Nr 186/2020
Burmistrza Miasta Kobyłka
z dnia 03.09.2020 r.

w sprawie określenia szczegółowych zasad przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Miasto Kobyłka

Na podstawie art. 31, art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 713) w związku z uchwałą Nr XXIII/171/2020 Rady Miasta Kobyłka z dnia 2 marca 2020 r. w sprawie ustalenia Regulaminu określenia wysokości środków finansowych przeznaczanych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy, a także warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Maz. z 2020 r. poz. 4789, z 2020 r. poz. 8752), zarządza się, co następuje:

§ 1.

1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest na pisemny wniosek, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.
2. Do wniosku należy dołączyć:
 - 1) aktualne (wystawione w danym roku kalendarzowym) zaświadczenie lekarskie, wydane nie później niż w dniu złożenia wniosku, przez właściwego dla rodzaju choroby lekarza specjalistę. W przypadku ubiegania się o zasiłek w związku z większą liczbą schorzeń, należy załączyć tyle zaświadczeń od lekarzy specjalistów, ilu schorzeń dotyczy wniosek;
 - 2) oryginały (z danego roku kalendarzowego) imiennych faktur, wyłącznie za leki bądź za poniesione koszty leczenia wskazanego na zaświadczeniu lekarskim.
3. Jeżeli wniosek będzie błędnie wypełniony, złożony na niewłaściwym formularzu lub nie będzie zawierał dokumentów, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 1) lub 2), wzywa się wnioskodawcę do uzupełnienia braków w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. W przypadku nieuzupełnienia braków w wyznaczonym terminie, wniosek pozostawia się bez rozpoznania.
4. Wnioski, o których mowa w ust. 1, złożone do dnia:
 - 1) 10 czerwca danego roku kalendarzowego- rozpatruje się w terminie do dnia 10 sierpnia danego roku kalendarzowego;
 - 2) 10 listopada danego roku kalendarzowego rozpatruje się w terminie do dnia 10 grudnia danego roku kalendarzowego;
 - 3) wnioski złożone po 10 listopada danego roku kalendarzowego będą rozpatrywane do dnia 10 sierpnia następnego roku kalendarzowego.
5. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do uzyskania świadczenia.
6. W przypadku zatrudnienia nauczyciela, w kilku szkołach, wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej opiniuje dyrektor szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony w najwyższym wymiarze.

7. Wniosek, który dotyczy nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli otrzymujących nauczycielskie świadczenia kompensacyjne potwierdza dyrektor szkoły, w której byli zatrudnieni przed przejściem na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne.

§ 2.

1. W celu weryfikacji i opiniowania wniosków Burmistrz Miasta Kobyłka powołuje Komisję Opiniującą, zwaną dalej Komisją.

2. Imienny skład Komisji oraz zasady jej działania określa się każdorazowo w drodze Zarządzenia Burmistrza.

3. Z posiedzenia Komisji sporządza się protokół.

§ 3.

Wykonanie zarządzenia powierza się Kierownikowi Wydziału Oświaty, Sportu i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Kobyłka.

§ 4.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

BURMISTRZ

Eugenia Zbieć
Eugenia Zbieć

Sprawdzono pod względem
formalno-prawnym

RADCA PRAWNY

Anna Walulik
Anna Walulik

Opinia
KIEROWNIK

Wydziału Oświaty, Sportu i Spraw Społecznych

Wniosek o przyznanie świadczeń z tytułu pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Miasto Kobyłka

1. Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek (wypełnia wnioskodawca)

a) imię i nazwisko

b) adres zamieszkania.....

c) telefon kontaktowy

2. Dane pełnomocnika (należy podać, jeżeli wniosek składa pełnomocnik):

a) imię i nazwisko

b) adres do doręczeń.....

3. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela: (wypełnia nauczyciel)

a) nazwa i adres szkoły/placówki*, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony:

b) okres zatrudnienia w szkole/placówce*, o której mowa w pkt 3 lit. a) oraz zajmowane stanowisko:.....

c) status nauczyciela, na dzień złożenia wniosku:**

☐ nauczyciel czynny zawodowo

☐ emeryt

☐ rencista

d) sposób płatności:**

☐ odbiór gotówki w kasie Urzędu Miasta

☐ płatne przelewem- nazwa banku i nr konta

4. Wnioskuje o przyznanie pomocy zdrowotnej z tytułu:**

☐ leczenia specjalistycznego (wymienić).....

☐ leczenia szpitalnego

☐ konieczności zakupu

5. Wnioskuje o przyznanie zasiłku w wysokościzł.

6. Uzasadnienie złożenia wniosku

.....

.....

7. Spis dokumentów dołączonych do wniosku**

- ☐ aktualne (z danego roku kalendarzowego) zaświadczenie lekarskie wydane przez właściwego dla rodzaju choroby specjalistę potwierdzające stan zdrowia nauczyciela,
☐ faktury potwierdzające poniesione koszty

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

- ☐ inne (wymienić)

.....

8. Informacja o otrzymanych zasiłkach z tytułu pomocy zdrowotnej w poprzednim roku kalendarzowym, wraz z określeniem tytułu oraz wysokości przyznanego zasiłku.

.....

9. Oświadczenie o wysokości dochodu

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód wyliczony za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, w mojej rodzinie w przeliczeniu na jedną osobę wyniósł brutto.....złotych, (słownie:.....)

10. W związku z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie danych RODO), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, dotyczących stanu zdrowia oraz dochodów, zawartych we wniosku, na potrzeby postępowania w sprawie przyznania świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis/ pieczęć wnioskodawcy)

11. Opinia dyrektora szkoły (wypełnia dyrektor)

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć dyrektora)

* niepotrzebne skreślić

** wstawić znak X