

Państwowe Liceum Sztuk Plastycznych
im. Cypriana Kamila Norwida w Lublinie
20-612 Lublin
ul. Muzyczna 10 a

Lublin, 1 września 2023 r.

Zarządzenie Dyrektora nr 42/2023

w sprawie wprowadzenia Regulaminu przyznania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej
w PLSP im. Cypriana Kamila Norwida w Lublinie

Na podstawie art. 68 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe zarządzam co następuje:

§ 1

Wprowadzam w Państwowym Liceum Sztuk Plastycznych im. Cypriana Kamila Norwida w Lublinie Regulaminu przyznania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej w brzmieniu określonym w Załączniku Nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 września 2023 roku.

Regulamin

przyznania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej w Państwowym Liceum Sztuk Plastycznych im. C. K. Norwida w Lublinie

Na podstawie zarządzenia nr 30 Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dn.17 czerwca 2011 r.

§1

Do korzystania ze świadczeń pomocy zdrowotnej uprawnieni są:

1. nauczyciele zatrudnieni w wymiarze co najmniej połowy etatu;
2. nauczyciele emerytowani lub na rencie, którzy bezpośrednio przed przejściem na emeryturę lub rentę pracowali w szkole.

§2

1. Środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dysponuje dyrektor szkoły po zapoznaniu się z propozycją przyznania zasiłku przez komisję, zwaną dalej Komisją Zdrowotną.
2. W skład komisji powołanej na trzy lata wchodzi dwóch nauczycieli wybieranych przez Radę Pedagogiczną z początkiem roku szkolnego w jawnym głosowaniu większością głosów.
3. Komisja rozpatruje udokumentowane wnioski o przyznanie zasiłku pieniężnego dwa razy w ciągu roku - w czerwcu i grudniu. Wzór wniosku stanowi załącznik do Regulaminu *(załącznik nr 1)*.

§3

1. Wysokość jednorazowego zasiłku zależy od wysokości środków funduszu zdrowotnego, sytuacji materialnej wnioskodawcy oraz ilości złożonych wniosków.
2. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie jednorazowego zasiłku pieniężnego.
3. Zasiłki wypłacane są z funduszu szkoły.
4. Z funduszu zdrowotnego mogą otrzymać zasiłek nauczyciele i nauczyciele emeryci, którzy:
 - a) leczą się z powodu przewlekłej lub ciężkiej choroby i ponoszą stałe koszty,

- b) długotrwale korzystają z pomocy lekarza specjalisty,
- c) ponoszą koszty zakupu protez, sprzętu rehabilitacyjnego lub niezbędnej aparatury medycznej.

§4

1. Z wnioskiem o przyznanie zasiłku pieniężnego z funduszu zdrowotnego występuje nauczyciel osobiście lub za pośrednictwem członka rodziny lub innej osoby, jeśli sytuacja zdrowotna nie pozwala na osobiste stawienie się.
2. Wzór wniosku stanowi załącznik do regulaminu.
3. Do wniosku należy dołączyć:
 - a) zaświadczenie lekarskie potwierdzające przewlekłą lub ciężką chorobę,
 - b) zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie specjalistyczne
 - c) zaświadczenie lekarskie potwierdzające stosowanie protezy, sprzętu rehabilitacyjnego lub aparatury medycznej
 - d) oświadczenie o dochodach brutto na jednego członka rodziny z trzech ostatnich miesięcy.

§5

1. Zasiłek na pomoc zdrowotną może być przyznany nauczycielowi nie częściej niż raz w roku.
 2. W przypadku uzyskania przez nauczyciela pomocy zdrowotnej na podstawie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, nauczyciel obowiązany jest do jej natychmiastowego zwrotu, z tytułu nienależnie pobranego świadczenia.
2. Obsługę funduszu zdrowotnego prowadzi księgowość szkoły.

Załącznik nr1

do Regulaminu przyznawania świadczeń pomocy zdrowotnej

Zarządzenie Dyrektora nr

WNIOSEK

do Komisji Zdrowotnej o przyznanie zapomogi z Funduszu Zdrowotnego

Część I

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....

2. Adres zamieszkania, telefon

.....
.....

Proszę o udzielenie mi zapomogi z Funduszu Zdrowotnego z powodu:

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

Część II

Oświadczam, że w miesiącu poprzedzającym złożenie wniosku moja rodzina uzyskała łączny dochód w wysokości:

Oświadczam, że z powyższego dochodu poza mną utrzymują się następujące osoby:

a/

b/

c/

d/

Dochód brutto (średni z ostatnich trzech miesięcy) na 1 osobę w rodzinie wynosi:

....., słownie:.....

Oświadczam, że z tej formy pomocy korzystałem/am w roku

Załączniki do wniosku (zaświadczenia lekarskie, rachunki, faktury):

1.
2.
3.
4.

Prawidłowość wyżej przedstawionych 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 - tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, póź. 926 z póź. zm.).

.....

.....

(miejsowość, dnia)

(podpis wnioskodawcy)

Część III

Adnotacja Komisji zdrowotnej o przyznaniu/nie przyznaniu*) zapomogi:

1. Ocena wymogów formalnych wniosku: spełnia/nie spełnia*)
2. Po rozpatrzeniu wniosku Komisja Zdrowotna proponuje przyznać zapomogę w wysokości słownie złotych

*)Właściwe skreślić

Nie przyznaje się zapomogi /uzasadnienie/

.....

.....

.....

..... dnia.....

(podpis)

Podpisy członków Komisji Zdrowotnej

Zatwierdzam do wypłaty

1.....

.....

2