

**w sprawie : powołania Komisji do rozpatrywania wniosków o pomoc zdrowotną dla uprawnionych nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej w Gminie Krupski Młyn.**

Na podstawie art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2017 r. poz.1875), art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela ( Dz. U. z 2017 r. poz. 1189 ze zm.) oraz § 4 uchwały Krupski Młyn nr XXXII/238/17 Rady Gminy Krupski Młyn z dnia 26 września 2017 roku w sprawie planowania wysokości środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, dla których organem prowadzącym jest Gmina Krupski Młyn oraz warunków i sposobu ich przyznawania

Wójt Gminy Krupski Młyn zarządza, co następuje:

**§ 1**

W celu racjonalnego i jawnego gospodarowania środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną dla nauczycieli powołuję Komisję do rozpatrywania wniosków o pomoc zdrowotną dla uprawnionych nauczycieli :

- 1) Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 1 w Krupski Młynie – Małgorzata Dubiel- – przewodnicząca,
- 2) Dyrektor Zespołu Szkolno-Przedszkolnego w Potępie – Ewelina Chmiel – członek,
- 3) Dyrektor Przedszkola Nr 1 w Krupskim Młynie – Anna Żurowska - członek

**§ 2**

1. Do zadań Komisji należy opiniowanie wniosków o przyznanie pomocy finansowej na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.
2. Rozpatrywanie wniosków odbywa się raz w roku, w uzasadnionych przypadkach posiedzenia Komisji mogą odbywać się częściowo.
3. Opinie Komisji podejmowane są zwykłą większością głosów, przy udziale co najmniej połowy członków Komisji. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos Przewodniczącego Komisji.
4. Wnioski i decyzje Komisja przedstawia Wójtowi do akceptacji i zatwierdzenia.
5. W przypadku odmowy przyznania pomocy zdrowotnej, sporządza się pisemne uzasadnienie.
6. Członkowie Komisji składają oświadczenia o tajemnicy danych osób ubiegających się o przyznanie pomocy zdrowotnej.
7. Obsługę administracyjną i wypłatę pomocy zdrowotnej zapewnia Gminny Zespół Oświatowy w Krupskim Młynie.

**§ 4**

Wykonanie zarządzenia powierza się dyrektorom placówek oświatowych w gminie Krupski Młyn.

**§ 5**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

WÓJT GMINY

Jan Murawski

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ**

1. Wnioskodawca ( imię i nazwisko).....

2. Adres zamieszkania i nr tel.....

3. Szkoła (placówka), w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony

.....

4. Status nauczyciela : (właściwe podkreślić)

- czynny zawodowo
- emeryt
- rencista
- pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

5. Potwierdzenie zatrudnienia .....

*/data i podpis dyrektora/*

6. Nr konta wnioskodawcy na jakie ma być przelana kwota pomocy

zdrowotnej.....

**Zwracam się z prośbą o przyznanie mi pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli.**

**UZASADNIENIE**

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

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam w załączeniu następujące dokumenty:

1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie w związku z przewlekłą chorobą lub pobytem w szpitalu,

2) dokumenty potwierdzające korzystanie z konsultacji i lekarskich badań specjalistycznych oraz dokumenty potwierdzające potrzebę długotrwałej rehabilitacji, w tym związanej z chorobami zawodowymi powypadkowymi

- rachunki za leczenie specjalistyczne
- rachunki za zakup środków pomocniczych
- inne (proszę wymienić jakie):

.....  
.....

3) Oświadczenie o wysokości dochodów na członka rodziny

Nazwisko i imię nauczyciela	Dochód * rodziny ( brutto) z ostatnich 3 miesięcy	Ilość członków rodziny będących na wspólnym gospodarstwie	Dochód brutto na członka rodziny

\* Przez dochód rodziny, o którym mowa w załączniku należy rozumieć wartość wszystkich źródeł dochodu rodziny z **ostatnich 3 miesięcy** poprzedzających datę złożenia wniosku.

**Niekompletny wniosek nie będzie rozpatrzony i zostanie zwrócony wnioskodawcy.**

Świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku.

.....  
(Data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:**

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest Gmina Krupski Młyn- Gminny Zespół Oświatowy w Krupskim Młynie z siedziba w Krupskim Młynie, 42-693 Krupski Młyn, ul. Krasickiego 9,
- 2) Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust.1 pkt.2 i 27 ust.2 pkt.2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz.U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.)
- 3) Moje dane osobowe będą udostępniane jedynie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa,
- 4) Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji wniosku o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej zgodnie z art.72 Karty Nauczyciela),
- 5) Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości realizacji przedmiotowego wniosku,
- 6) Mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania.

.....  
(Data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**Opinia Komisji Zdrowotnej i proponowana wysokość pomocy finansowej**

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

**Uzasadnienie odmowy:**

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

**Podpisy członków Komisji Zdrowotnej:**

1. Małgorzata Dubiel - .....
2. Ewelina Chmiel - .....
3. Anna Żurowska - .....

Wójt Gminy Krupski Młyn

a) przyznaje

Pani/Panu.....

Bezzwrotną pieniężną zapomogę zdrowotną w wysokości.....

b) odmawia Pani/Panu

.....

przyznania zapomogi zdrowotnej z powodu:

.....

.....

(uzasadnienie)

.....  
(data i podpis Wójta Gminy Krupski Młyn)