



## **REGULAMIN FUNDUSZU ZDROWOTNEGO NAUCZYCIELI W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 19 IM. STANISŁAWA STASZICA W POZNANIU**

### **Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U. z 1997r. Nr 56, poz.357, z późniejszymi zmianami).
2. Ustawa O Systemie Oświaty z dnia 7.09.1991r. (Dz. Ust. Nr 95, poz.425, z późniejszymi zmianami).
3. Uchwała nr XXXV/353/V/2008 Rady Miasta Poznania.

### **§ 1.**

1. Regulamin określa rodzaj świadczenia przyznanego w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania.
2. Funduszu Zakładowego Nauczycieli tworzą środki finansowe wyodrębnione w planach finansowych szkoły, przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.
3. Pomoc zdrowotna przyznawana jest na wniosek uprawnionego w formie jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego w danym roku budżetowym.

### **§ 2.**

1. Środkami Funduszu Zakładowego Nauczycieli administruje Dyrektor Szkoły.
2. Wysokość przyznanego świadczenia pieniężnego uzależniona jest od sytuacji materialnej składającego wniosek i nie może przekroczyć  $\frac{3}{4}$  najniższego aktualnego wynagrodzenia zasadniczego nauczyciela początkującego.
3. Decyzję o przyznaniu świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej oraz o jego wysokości podejmuje Dyrektor Szkoły.

### **§ 3.**

Wnioski o udzielenie zasiłku finansowanego z funduszu pomocy zdrowotnej rozpatrywane są dwa razy w roku (czerwiec, grudzień), za wyjątkiem szczególnych przypadków zdrowotnych nauczycieli, nauczycieli emerytów oraz rencistów i związanych z tym potrzeb finansowych.

### **§ 4.**

1. Osobami uprawnionymi do korzystania z Funduszu Zakładowego Nauczycieli są:
  - 1) nauczyciele zatrudnieni co najmniej w połowie obowiązującego wymiaru godzin zajęć dydaktyczno-wychowawczych,
  - 2) nauczyciele po przejściu na emeryturę lub rentę bez względu na datę przejścia na powyższe świadczenie.
2. Pomoc zdrowotna ze świadczenia Funduszu Zakładowego Nauczycieli może być przyznawana w związku z:
  - 1) przewlekłą lub ciężką chorobą,
  - 2) leczeniem specjalistycznym np. odpłatnie badania diagnostyczne,
  - 3) leczeniem rehabilitacyjnym,
  - 4) leczeniem stomatologicznym,
  - 5) zakupem niezbędnych do wykonywania zawodu środków pomocniczych takich jak okulary, aparaty słuchowe oraz sprzęt i urządzenia rehabilitacyjne umożliwiające lub ułatwiające proces rehabilitacji leczniczej.

### **§ 5.**

1. Wniosek o przyznanie zapomogi zdrowotnej może złożyć:
  - 1) zainteresowany nauczyciel, emeryt – nauczyciel, rencista – nauczyciel,



## REGULAMIN FUNDUSZU ZDROWOTNEGO NAUCZYCIELI W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 19 IM. STANISŁAWA STASZICA W POZNANIU

- 2) dyrektor szkoły, przedstawiciele związków zawodowych, członek komisji socjalnej, opiekun uprawnionego, jeżeli uprawniony nie jest zdolny osobiście do wykonywania czynności w tym zakresie.
2. Do wniosku załącza się:
  - 1) aktualne zaświadczenie lekarskie,
  - 2) dokumenty potwierdzające koszty leczenia,
  - 3) oświadczenie wnioskodawcy o dochodach przypadających na jednego członka rodziny.

### § 6.

1. Regulamin Funduszu Zdrowotnego ustala pracodawca w uzgodnieniu z zakładową organizacją związkową.
2. Z dniem wejścia w życie niniejszego Regulaminu traci moc dotychczasowy Regulamin Funduszu Zdrowotnego dla Nauczycieli.

### § 7.

Regulamin wchodzi w życie z dniem 01 stycznia 2023r.

podpis pracodawcy

Uzgodniono w porozumieniu z organizacją związkową:

1. Związek Nauczycielstwa Polskiego



**REGULAMIN FUNDUSZU ZDROWOTNEGO NAUCZYCIELI  
W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 19 IM. STANISŁAWA STASZICA W POZNANIU**

**WNIOSEK**

nazwisko i imię \_\_\_\_\_

adres zamieszkania \_\_\_\_\_

nr telefonu \_\_\_\_\_

Proszę o przyznanie finansowej zapomogi zdrowotnej.

Uzasadnienie - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Załączniki:**

1. aktualne zaświadczenie lekarskie
2. dokumenty potwierdzające koszty leczenia
3. aktualne oświadczenie wnioskodawcy o dochodach przypadających na jednego członka rodziny
4. inne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
data i czytelny podpis wnioskodawcy

**Decyzja Dyrektora Szkoły**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
data i podpis dyrektora