

ZARZĄDZENIE NR 44/2019
STAROSTY RACIBORSKIEGO

z dnia 15 marca 2019 r.

w sprawie zwrotu kosztów zakupu okularów lub soczewek kontaktowych korygujących wzrok pracownikom Starostwa Powiatowego w Raciborzu pracującym przy monitorze ekranowym

Na podstawie art. 35 ust. 2 ustawy o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 955 z późn. zm.), § 8 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 1 grudnia 1998 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe (Dz. U. z 1998 r. Nr 148, poz. 973 z późn. zm.), § 6 pkt 5 Regulaminu Pracy Starostwa Powiatowego w Raciborzu przyjętego Zarządzeniem Nr 56/2016 Starosty Raciborskiego z dnia 17 maja 2016 r. z późn. zm.

zarządzam, co następuje:

§ 1. 1. Pracownikom Starostwa Powiatowego w Raciborzu, pracującym przy monitorze ekranowym przez co najmniej połowę czasu pracy, przysługuje zwrot kosztów zakupu okularów lub soczewek kontaktowych korygujących wzrok.

2. Warunkiem przyznania zwrotu kosztów jest zalecenie lekarskie wydane w ramach badania profilaktycznego, przeprowadzonego przez lekarza medycyny pracy na zlecenie Starostwa Powiatowego w Raciborzu.

§ 2. 1. Kwota zwrotu uwarunkowana jest okresem zdolności do pracy wynikająca z otrzymanego orzeczenia lekarskiego wydanego w ramach badania profilaktycznego.

2. Maksymalna wartość zwrotu kosztów zakupu okularów lub soczewek kontaktowych wynosi nie więcej niż 350 zł w przypadku otrzymania zdolności na okres 4 lat, nie więcej niż 300 zł w przypadku otrzymania zdolności na okres 3 lat, nie więcej niż 250 zł w przypadku otrzymania zdolności na okres 2 lat lub 1 roku.

§ 3. 1. Zwrot kosztów, o których mowa w § 1 udzielany jest na podstawie pisemnego wniosku pracownika, którego wzór stanowi załącznik do niniejszego Zarządzenia. Do wniosku dołącza się kopię dokumentu potwierdzającego zakup okularów lub soczewek kontaktowych korygujących wzrok oraz kopię orzeczenia lekarskiego wydanego w ramach badania profilaktycznego.

2. Aktualizacja wniosku, o którym mowa w ust. 1 nie powoduje konieczności zmiany niniejszego zarządzenia.

3. Weryfikacji oraz akceptacji wniosków dokonuje Inspektor ds. BHP.

4. Zwrot kosztów następuje w terminie 30 dni od daty złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 1.

5. O zwrot kosztów wnioskujący może starać się nie częściej niż raz na okres zdolności do pracy, wskazany przez lekarza medycyny pracy.

§ 4. Traci moc Zarządzenie Nr 103/2015 Starosty Raciborskiego z dnia 8 grudnia 2015 r. w sprawie zwrotu kosztów zakupu okularów lub soczewek kontaktowych korygujących wzrok pracownikom Starostwa Powiatowego pracującym przy monitorze ekranowym.

§ 5. 1. Wykonanie Zarządzenia powierzam Kierownikowi Referatu Administracyjnego.

2. Nadzór nad realizacją niniejszego Zarządzenia będę sprawował osobiście.

§ 6. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania i mocą obowiązującą od 1 marca 2019 r. i podlega publikacji w Bazie Rejestrów Urzędowych na stronie internetowej www.bip.powiatraciborski.pl.

STAROSTA

Grzegorz Swoboda

.....
(imię i nazwisko)

.....
(komórka organizacyjna)

Racibórz, dnia

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ZAKUPU OKULARÓW/SOCZEWEK
KONTAKTOWYCH KORYGUJĄCYCH WZROK**

Opinia lekarza medycyny pracy:

Na podstawie wyników przeprowadzonego w dniu badania okulistycznego, zalecam w/w pracownikowi stosowanie okularów/ soczewek kontaktowych* korygujących wzrok podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego.

.....
(podpis lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych)

Wnoszę o zwrot kosztów zakupu okularów/ soczewek kontaktowych* korygujących wzrok, niezbędnych na moim stanowisku do pracy przy monitorze ekranowym w wysokości.....zł.

.....
(podpis wnioskującego)

W załączeniu:

1. kopia faktury zakupu okularów/soczewek kontaktowych,
2. kopia orzeczenia lekarskiego otrzymanego w ramach badania profilaktycznego.

Wypełnia bezpośredni przełożony wnioskującego:

Potwierdzam że ww. pracownik pracuje przy monitorze ekranowym co najmniej połowę dobowego wymiaru czasu pracy (tj. 4 godziny dziennie).

.....
(data i podpis przełożonego)

Wypełnia Inspektor ds. BHP:

Akceptuję / Nie akceptuję*

.....
(data i podpis Inspektora ds. BHP)

.....
*niepotrzebne skreślić

STAROSTA

Grzegorz Swoboda