

ZARZĄDZENIE Nr 41/ 2019
STAROSTY WARSZAWSKIEGO ZACHODNIEGO
z dnia 1 lipca 2019 roku

**w sprawie zapewnienia pracownikom zatrudnionym na stanowiskach
wyposażonych w monitory ekranowe oraz pracownikom wykonującym prace
fizyczne zakupu okularów korygujących wzrok**

Na podstawie art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2019r. poz. 511) oraz § 8 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 1 grudnia 1998r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe (Dz. U. z 1998r. Nr 148 poz. 973) zarządzam, co następuje:

§ 1. Okulary korygujące wzrok/soczewki kontaktowe zapewnia się:

1. Pracownikom, stażystom i praktykantom Starostwa zatrudnionym na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe, którzy użytkują w czasie pracy monitor ekranowy przez co najmniej połowę dobowego wymiaru czasu pracy, który to fakt zostanie potwierdzony przez bezpośredniego przełożonego
2. Pracownikom wykonującym prace fizyczne z uwagi na konieczność czytania etykiet środków czyszczących, etykiet środków przeznaczonych do pielęgnacji roślin, montażu elementów wyposażenia pomieszczeń biurowych.

§ 2. Okulary korygujące wzrok/soczewki kontaktowe zapewnia się zgodnie z zaleceniem lekarza medycyny pracy wydanym na podstawie skierowania pracodawcy na badania okulistyczne.

§ 3. Skierowanie na badanie okulistyczne wydawane jest przez pracodawcę lub osobę upoważnioną po wystąpieniu jednego z poniższych przypadków:

- pogorszenia się wzroku,
- zniszczenia dotychczasowych okularów.

§ 4. Pracownik, stażysta, praktykant lub pracownik fizyczny nabywa prawo do refundacji zakupu okularów korygujących wzrok/soczewek kontaktowych na podstawie:

- a) złożonego wniosku o zwrot kosztów za zakup okularów korygujących wzrok/soczewek,
- b) przedłożonego imiennego dowodu zakupu okularów (faktura/rachunek).

§ 5. 1. Wzór wniosku dla pracowników, stażystów i praktykantów Starostwa zatrudnionym na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe stanowi Załącznik nr 1 do Zarządzenia.

2. Wzór wniosku dla pracowników wykonujących prace fizyczne stanowi Załącznik nr 2 do Zarządzenia.

3. Wzór skierowania stanowi Załącznik nr 3 do Zarządzenia.

§ 6. 1. Pracodawca ustala maksymalny poziom refundacji zakupu okularów/soczewek kontaktowych w wysokości 600,00 złotych.

2. Refundacja dokonywana jest w pełnej wysokości do kwoty wymienionej w ust. 1 nie częściej niż raz na dwa lata, po przeprowadzonych badaniach okresowych.

3. W przypadku stwierdzenia przez uprawnionego lekarza okulistę pogorszenia się wzroku pracownika przed upływem dwóch lat, możliwe jest skorzystanie z refundacji częściowej pokrywającej zakup samych szkielec do kwoty 300 zł.

4. W przypadku skorzystania z refundacji częściowej o ponowną pełną refundację zakupu okularów będzie się można ubiegać po upływie dwóch lat od daty tej refundacji.

§ 7. W przypadku utraty lub zniszczenia przez pracownika okularów, których zakup został zrefundowany, pracodawca nie ponosi kosztów zakupu nowych okularów korygujących wzrok.

§ 8. Traci moc Zarządzenie nr 18/2017 z dnia 22 marca 2017r. Starosty Powiatu Warszawskiego Zachodniego.

§ 9. Wykonanie Zarządzenia powierza się Sekretarzowi Powiatu.

§ 10. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

STAROSTA
Jan Zgłódzki

.....
podpis Starosty

WNIOSEK

o refundację kosztów za okulary korygujące wzrok przysługujące pracownikom
zatrudnionym przy obsłudze monitorów ekranowych.

Imię:.....

Nazwisko:.....

Wydział:.....

Na podstawie Zarządzenia Nr 41/2019 Starosty Warszawskiego Zachodniego z dnia 1 lipca 2019 r. zwracam się o refundację kosztów zakupu okularów korygujących wzrok przysługujący w czasie pracy z monitorem ekranowym przez co najmniej połowę dobowego wymiaru czasu pracy.

W załączeniu:

1) Dowód zakupu nr z dnia
(faktura/rachunek wystawiona na imię i nazwisko pracownika)

2) Numer konta bankowego pracownika

.....
(data)

.....
(podpis pracownika)

Potwierdzam, że Pan (i) w ramach realizacji obowiązków służbowych, użytkuje monitor ekranowy przez co najmniej połowę dobowego wymiaru czasu pracy.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis bezpośredniego przełożonego)

1. Zgodnie z dokumentem potwierdzającym zakup **okularów/soczewek** refundacja kosztów w wysokości złotych.
(maksymalna wysokość refundacji wynosi 600,00 zł)
2. Zgodnie z dokumentem potwierdzającym zakup **szkieł w związku z pogorszeniem się wzroku** (refundacja przed upływem 2 lat na podstawie zaświadczenia od lekarza) refundacja kosztów w wysokości złotych.
(maksymalna wysokość refundacji wynosi 300,00 zł)

Sprawdzono pod względem merytorycznym.....
(data i podpis pracownika Zespołu ds. Kadr)

Symbol klasyfikacji budżetowej do którego zakup będzie zakwalifikowany:

Dz. Rozdz. §

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis Głównego Księgowego)

Zatwierdzam:

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis Starosty)

WNIOSEK
o refundację kosztów za okulary korygujące wzrok
przysługujące pracownikom wykonującym prace fizyczne.

Imię:.....

Nazwisko:.....

Wydział:.....

Na podstawie Zarządzenia Nr 41/2019 Starosty Warszawskiego Zachodniego z dnia 1 lipca 2019 r. zwracam się o refundację kosztów zakupu okularów korygujących wzrok przysługujące pracownikom wykonującym prace fizyczne.

W załączeniu:

1) Dowód zakupu nr z dnia
(faktura/rachunek wystawiona na imię i nazwisko pracownika)

2) Numer konta bankowego pracownika

.....
(data)

.....
(podpis pracownika)

Akceptacja przełożonego

.....
data i podpis bezpośredniego przełożonego

3. Zgodnie z dokumentem potwierdzającym zakup **okularów/soczewek** refundacja kosztów w wysokości złotych.
(maksymalna wysokość refundacji wynosi 600,00 zł)

4. Zgodnie z dokumentem potwierdzającym zakup **szkieł w związku z pogorszeniem się wzroku** (refundacja przed upływem 2 lat na podstawie zaświadczenia od lekarza) refundacja kosztów w wysokości złotych.
(maksymalna wysokość refundacji wynosi 300,00 zł)

Sprawdzono pod względem merytorycznym.....
(data i podpis pracownika Zespołu ds. Kadry)

Symbol klasyfikacji budżetowej do którego zakup będzie zakwalifikowany:

Dz. Rozdz. §

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis Głównego Księgowego)

Zatwierdzam:

.....
(data) (pieczęć i podpis Starosty)

.....
(pieczęć pracodawcy)

**SKIEROWANIE DO LEKARZA UPRAWNIONEGO DO
PRZEPROWADZENIA BADAŃ OKULISTYCZNYCH**

Kieruję Panią/Pana

zam.:

PESEL

Skierowana(y) jest zatrudniona(y)

na stanowisku

Praca przy komputerze powyżej 4 godzin dziennie. *

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis pracodawcy albo osoby upoważnionej do
reprezentowania pracodawcy)

* Niepotrzebne skreślić