

**Zarządzenie Nr 4.2024**  
**Kierownika**  
**Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Okonku**  
**z dnia 27 lutego 2024 r.**

w sprawie zasad przydziału odzieży i obuwia roboczego oraz dofinansowania części kosztów zakupu okularów lub szkielek kontaktowych korygujących wzrok na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe dla pracowników zatrudnionych w Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Okonku.

Na podstawie art. 229 § 6, art. 233, art. 237<sup>7</sup>, art. 237<sup>8</sup>, art. 237<sup>9</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 – Kodeks Pracy (t.j.Dz. U. z 2023 r. poz. 1465) oraz § 8 ust. 1 i 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 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U. z 2023, poz.607) zarządzam co następuje:

**§1**

1. Ustaliam zasady przydziału odzieży ochronnej i obuwia roboczego dla pracowników Miejsko - Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Okonku.
2. Ustalone zasady zawarte są w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia.

**§2**

1. Ustaliam zasady dofinansowania kosztów zakupu okularów lub szkielek kontaktowych korygujących wzrok dla pracowników zatrudnionych na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe dla pracowników Miejsko - Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Okonku.
2. Ustalone zasady zawarte są w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

**§3**

Wykonanie zarządzenia powierza się pracownikowi, któremu zakresem czynności przypisano prowadzenie spraw kadrowych w Miejsko - Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Okonku.

**§4**

Traci moc zarządzenie Nr 28.2021 Kierownika Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Okonku z dnia 22 listopada 2021 r. w sprawie zasad przydziału odzieży i obuwia roboczego oraz refundacji części kosztów zakupu okularów korygujących wzrok dla pracowników zatrudnionych w Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Okonku.

**§5**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 12.03.2024 r.

**KIEROWNIK**  
**Miejsko-Gminnego Ośrodka**  
**Pomocy Społecznej w Okonku**  
*[Podpis]*  
mgr Ewa Gubow

Uzgodniono z Przedstawicielami  
pracowników dnia 27.02.2024 r.

*[Podpis]*  
.....  
*[Podpis]*  
.....

## ZASADY PRYZDZIAŁU ODZIEŻY OCHRONNEJ I OBUWIA ROBOCZEGO

1. Pracownicy zatrudnieni na stanowiskach wymienionych w tabeli norm przydziału odzieży i obuwia roboczego nabywają prawo do ich otrzymania z dniem zawarcia umowy o pracę.
2. Odzież i obuwie są przydzielane pracownikom bezpłatnie dla stanowisk wyszczególnionych w tabeli norm przydziału odzieży, obuwia roboczego stanowiącego własność zakładu określa **ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ZASAD PRYZDZIAŁU ODZIEŻY I OBUWIA.**
3. Przydziały odzieży i obuwia roboczego przysługują także pracownikom zatrudnionym w niepełnym wymiarze czasu pracy, z tym, że okresy użytkowania przedłuża się odpowiednio do wymiaru czasu zatrudnienia (np. pracownikowi zatrudnionemu na pół etatu okres użytkowania przedłuża się 2-krotnie).
4. Gospodarowanie odzieżą i obuwiem roboczym jest ewidencjonowane oddzielnie dla każdego pracownika w karcie ewidencyjnej wyposażenia.
5. Wzór karty ewidencyjnej przydziału odzieży i obuwia ochronnego dla pracowników określa **ZAŁĄCZNIK NR 2 DO ZASAD PRYZDZIAŁU ODZIEŻY I OBUWIA.**
6. Pracownikowi przysługuje w zamian za przydział odzieży i obuwia roboczego ekwiwalent pieniężny, w przypadku gdy zatrudniony jest na stanowisku, na którym może być używana przez pracowników, za ich zgodą własna odzież i obuwie robocze, spełniające wymagania bezpieczeństwa i higieny pracy. Wykaz stanowisk pracy, na których dopuszcza się wypłatę ekwiwalentu za używanie przez pracowników własnej odzieży, obuwia roboczego spełniających wymagania bhp stanowi **ZAŁĄCZNIK NR 3 DO ZASAD PRYZDZIAŁU ODZIEŻY I OBUWIA.**
7. Ekwiwalent, o którym mowa w ust. 6 jest wypłacany za pełne miesiące, za okresy w których przysługuje, w wysokości uwzględniającej ceny obuwia i odzieży roboczej. Za pełny miesiąc uważa się miesiąc, w którym pracownik przepracował co najmniej jego połowę. Do nieobecności nie wlicza się urlopu wypoczynkowego.
8. Pierwsza wypłata ekwiwalentu następuje po upływie co najmniej 6-cio miesięcznego okresu użytkowania własnej odzieży i obuwia. Kolejne wypłaty po 12-miesięcznych okresach użytkowania lub w całości po upływie okresu użytkowania.
9. Roczna wartość ekwiwalentu za użytkowanie własnej odzieży i obuwia roboczego stanowi część wartości obliczanej proporcjonalnie do okresu używalności w kwotach częściowych określonych w tabeli norm i zasad przydziału odzieży i obuwia roboczego.
10. Wypłata ekwiwalentu odbywa się raz w roku. W przypadku rozwiązania umowy o pracę lub jej wygaśnięcia, ekwiwalent wypłaca się razem z wypłatą innych należności.
11. W przypadku nawiązania, rozwiązania lub ustania stosunku pracy w ciągu roku, ekwiwalent będzie liczony proporcjonalnie do przepracowanego okresu.
12. Wzór karty ewidencyjnej wypłaty ekwiwalentu za odzież i obuwie ochronne dla pracowników określa. **ZAŁĄCZNIK NR 4 DO ZASAD PRYZDZIAŁU ODZIEŻY I OBUWIA.**

**KIEROWNIK**  
**Miejsko-Gminnego Ośrodka**  
**Pomocy Społecznej w Okonku**  
  
mgr Ewa Gubow

**TABELA NORM I ZASAD PRZYDZIAŁU ODZIEŻY I OBUWIA ROBOCZEGO**

Lp.	Stanowisko pracy	Zakres wyposażenia	Przewidywany okres używalności w miesiącach, w okresach zimowych* (o.z.)	Wartość
1.	<b>Sprzątaczką</b>	1. fartuch 2. trzewiki 3. buty robocze 4. kamizelka ocieplana	12 m-cy 24 m-ce 12 m-cy 3 o.z.	50,00 zł 70,00 zł 120,00 zł 150,00 zł
2.	<b>Palacz c.o.-konserwator</b>	1. ubranie robocze 2. obuwie robocze 3. kamizelka ocieplana 4. rękawice	12 m-cy 24 m-ce 3 o.z. do zużycia	120,00zł 140,00zł 150,00zł
3.	<b>Pracownik socjalny</b>	1. ubranie/garsonka 2. kurtka ocieplana 3. obuwie 4. obuwie zimowe	12 m-cy 3 o.z. 12 m-cy 2 o.z.	180,00 zł 260,00 zł 150,00 zł 200,00 zł
4.	<b>Asystent rodziny</b>	1. ubranie/garsonka 2. kurtka ocieplana 3. obuwie 4. obuwie zimowe	12 m-cy 3 o.z. 12 m-cy 2 o.z.	180,00 zł 260,00 zł 150,00 zł 200,00 zł

\* Okres zimowy liczy się od 1 listopada do 31 marca

**KIEROWNIK**  
**Miejsko-Gminnego Ośrodka**  
**Pomocy Społecznej w Okonku**  
  
mgr Ewa Gubow  
.....  
(podpis pracodawcy)

**WZÓR KARTY EWIDENCYJNEJ PRZYDZIAŁU ODZIEŻY I OBUWIA OCHRONNEGO**

**KARTA EWIDENCYJNA** założona dnia .....

Przydziału odzieży i obuwia ochronnego dla **pracownika** .....  
( imię i nazwisko )

**wykonywana funkcja**.....

Lp	Nazwa wyposażenia odzieży, obuwia ochronnego	Okres używania od ..... do .....	j.m.	Podpis pracownika obierającego wyposażenie
1				
2				
3				
4				

.....  
(podpis pracodawcy)

ew

**WYKAZ STANOWISK PRACY, NA KTÓRYCH DOPUSZCZA SIĘ WYPŁATĘ EKWIWALENTU ZA UŻYWANIE PRZEZ PRACOWNIKÓW - ZA ICH ZGODĄ -WŁASNEJ ODZIEŻY I OBUWIA ROBOCZEGO, SPEŁNIAJĄCYCH WYMAGANIA BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY.**

Lp.	Stanowisko pracy	Zakres wyposażenia	Wartość ekwiwalentu
1.	<b>Sprzątaczką</b>	1. fartuch 2. trzewiki 3. buty robocze 4. kamizelka ocieplana	50,00zł 70,00zł 120,00zł 150,00zł
2.	<b>Pracownik socjalny</b>	1. ubranie/garsonka 2. kurtka ocieplana 3. obuwie 4. obuwie zimowe	180,00zł 260,00zł 150,00zł 200,00zł
3.	<b>Asystent Rodziny</b>	1. ubranie/garsonka 2. kurtka ocieplana 3. obuwie 4. obuwie zimowe	180,00zł 260,00zł 150,00zł 200,00zł

.....  
(podpis pracodawcy)

er

### WZÓR KARTY EWIDENCYJNEJ WYPŁATY EKWIWALENTU ZA ODZIEŻ I OBUWIA OCHRONNE

**KARTA EWIDENCYJNA** założona dnia .....

Wypłaty ekwiwalentu za odzież i obuwie ochronne dla **pracownika** .....  
(imię i nazwisko)

**wykonywana funkcja**.....

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na wypłacenie ekwiwalentu za używanie własnej odzieży i obuwia ochronnego, rozliczanego raz w roku kalendarzowym spełniającego wymagania w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz będą utrzymywane w należytych stanie.

.....  
Podpis pracownika

Lp	Nazwa wyposażenia odzieży, obuwia wymienionego w Załączniku Nr ..... do zasad przydziału odzieży i obuwia	Okres używania Od..... Do.....	j.m.	Data wypłaty ekwiwalentu	Wartość w złotych	Podpis pracownika wyrażający zgodę na wypłatę ekwiwalentu
1						
2						
3						
4						

.....  
(podpis pracodawcy)

ed

**ZASADY DOFINANSOWANIA KOSZTÓW ZAKUPU OKULARÓW LUB SZKIEŁ KONTAKTOWYCH  
KORYGUJĄCYCH WZROK NA STANOWISKACH WYPOSAŻONYCH W MONITORY EKRAKOWE  
DLA PRACOWNIKÓW ZATRUDNIONYCH  
NA STANOWISKACH WYPOSAŻONYCH W MONITORY EKRAKOWE**

1. Pracodawca zobowiązuje się do zapewnienia pracownikom zatrudnionym na stanowiskach pracy wyposażonych w monitory ekranowe okularów korygujących wzrok lub szkła kontaktowe korygujące wzrok, zgodnie z zaleceniem lekarza medycyny pracy lub lekarza okulistę jeżeli:
  - a) badania okulistyczne przeprowadzone w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej, czyli badań wstępnych, okresowych lub kontrolnych, wykażą potrzebę ich stosowania podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego, oraz
  - b) pracownik użytkuje w czasie pracy monitor ekranowy co najmniej przez połowę swojego dobowego wymiaru czasu pracy.
2. Pracodawca realizuje obowiązek, o którym mowa w ust. 1 poprzez dofinansowanie części kosztów zakupu okularów lub szkielek kontaktowych korygujących wzrok dokonanego przez pracownika zgodnie z ustalonymi zasadami.
3. Pracownikom zatrudnionym na stanowiskach pracy wyposażonych w monitory ekranowe przysługuje zwrot części kosztów poniesionych za zakup okularów korygujących wzrok lub szkielek kontaktowych korygujących wzrok, zgodnie z zaleceniem lekarza medycyny pracy, jeżeli orzeczenie lekarskie wystawione przez lekarza medycyny pracy wskazuje na potrzebę stosowania podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego okularów korygujących wzrok lub szkielek kontaktowych korygujących wzrok.
4. Wykaz stanowisk pracy wymagających użytkowania monitora ekranowego przez co najmniej połowę dobowego wymiaru czasu pracy określa **ZAŁĄCZNIK NR 1**.
5. Wysokość kwoty dofinansowania pracownikom za okulary lub szkła kontaktowe korygujące wzrok, zakupione zgodnie z zaleceniem lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną, stanowi równowartość kwoty wskazanej na imiennym rachunku/fakturze, jednak nie więcej niż:
  - a) **350,00 zł** (słownie: trzysta pięćdziesiąt złotych 00/100) za okulary korygujące wzrok lub szkła kontaktowe korygujące wzrok, zalecone przez lekarza w ramach przeprowadzonych badań okresowych,
  - b) **300,00 zł** (słownie: trzysta złotych 00/100) za okulary korygujące wzrok lub szkła kontaktowe korygujące wzrok, zaleconych przez lekarza w ramach badań kontrolnych, dotyczących nagłego pogorszenia się wzroku u pracownika w okresie pomiędzy wyznaczonymi badaniami okresowymi – refundacja dokonywana jest nie częściej, niż raz na dwa lata (24 miesiące).
6. Termin realizacji zwrotu kosztów zakupu okularów korygujących wzrok lub szkielek kontaktowych korygujących wzrok – do 3 miesięcy od wydania orzeczenia lekarskiego (zaświadczenia) lekarza medycyny pracy.
7. Do kosztów podlegających refundacji zalicza się zakup okularów korekcyjnych, szkielek korekcyjnych lub szkielek kontaktowych.
8. W przypadku, gdy wartość rachunku/faktury będzie mniejsza od kwoty wymienionej w pkt. 5, zwrot kosztów przysługuje do wysokości kwoty określonej na rachunku/fakturze.

9. Podstawą dofinansowania kosztów zakupu okularów korygujących wzrok/szkieł kontaktowych lub szkieł korekcyjnych jest:
- przedłożenie kopii rachunku/faktury wystawionego/-j przez dowolny zakład optyczny imiennie na pracownika, potwierdzającego wydatkowanie kwoty z adnotacją wskazującą personalnie użytkownika okularów, szkieł korekcyjnych lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok
  - wniosek pracownika o dofinansowanie zakupu okularów, szkieł kontaktowych korygujących wzrok lub szkieł korekcyjnych do pracy przy obsłudze monitorów ekranowych– **ZAŁĄCZNIK NR 2**,
  - zaświadczenie/orzeczenie lekarskie o potrzebie stosowania okularów korygujących wzrok, lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego, wydane przez lekarza okulistę.
10. W celu otrzymania dofinansowania kosztów zakupu okularów lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok pracownik składa dokumenty, o których mowa w pkt 9 do Kierownika Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Okonku.
11. W przypadku zgłoszenia przez pracownika „niemożności” wykonywania dotychczasowej pracy związanej z pogorszeniem się stanu zdrowia mającej związek z powstaniem lub zmianą wady wzroku w okresie ważności badań profilaktycznych, pracownik zgłasza ten fakt na piśmie według wzoru stanowiącego **ZAŁĄCZNIK NR 3** do niniejszego zarządzenia, pracownikowi prowadzącemu sprawy kadrowe, który kieruje pracownika na badania profilaktyczne (niezależnie od terminu kolejnych badań okresowych).
12. Jeżeli lekarz medycyny pracy sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, w sytuacji, o której mowa w pkt. 11 wyda orzeczenie o konieczności stosowania okularów korygujących wzrok, Pracodawca jest obowiązany do zapewnienia okularów lub szkieł kontaktowych na warunkach określonych w ustalonych zasadach.
13. W przypadku zagubienia lub zniszczenia przez pracownika okularów korygujących wzrok lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok, których zakup został zrefundowany przez pracodawcę, pracodawca nie refunduje kosztów zakupu nowych okularów korekcyjnych lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok. Zakupu nowych okularów korekcyjnych lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok, wynikającego z obowiązku stosowania się do zaleceń lekarskich, pracownik dokonuje na własny koszt.

**KIEROWNIK**  
**Miejsko-Gminnego Ośrodka**  
**Pomocy Społecznej w Okonku**  
  
**mgr Ewa Gubow**



**Wykaz stanowisk pracy wymagających użytkownika monitora ekranowego przez co najmniej połowę dobowego wymiaru czasu pracy.**

1. Kierownik M-GOPS.
2. Wydział Pomocy Środowiskowej i Wsparcia Rodziny.
  - a) Pracownik socjalny, któremu zakresem czynności powierzono zadania związane z wprowadzaniem danych i operowanie danymi osób korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej za pośrednictwem systemu i sieci komputerowej oraz sporządzanie decyzji, list wypłat oraz sprawozdawczości, a także rozliczanie świadczeń.
  - b) Asystent rodziny, któremu powierzono dodatkowe zadania związane z obsługą systemu komputerowego i świadczeniobiorców ubiegających się o Kartę Dużej Rodziny, Wielkopolską Kartę Rodziny, obsługę Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz koordynację działalności Środowiskowych Grup Wsparcia.
3. Wydział Świadczeń.
  - a) Kierownik Wydziału.
  - b) Inspektorzy.
4. Wydział Księgowości, Kadr i Organizacji.
  - a) Główna Księgowa.
  - b) Inspektor.
  - c) Referent ds. administracyjnych.
  - d) Pomoc administracyjna.
5. Warsztat Terapii Zajęciowej.
  - a) Kierownik WTZ.
  - b) Księgowa,
  - c) Instruktor Terapii Zajęciowej, któremu powierzono zadania związane z prowadzeniem pracowni komputerowo - poligraficznej.

**Wniosek  
o dofinansowanie zakupu okularów, szkieł kontaktowych korygujących  
wzrok lub szkieł korekcyjnych do pracy przy obsłudze monitorów ekranowych**

**1. Dane pracownika**

Imię i nazwisko pracownika .....

Stanowisko .....

Zwracam się z prośbą o dofinansowanie kosztów poniesionych w związku z zakupem: okularów korygujących wzrok/szkieł kontaktowych korygujących wzrok/szkieł korekcyjnych<sup>1</sup> do pracy przy obsłudze monitora ekranowego i dokonanie przelewu na rachunek bankowy o numerze: ..... Okulary zostały zakupione w oparciu o zlecenie lekarza sprawującego opiekę w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami.

Do wniosku dołączam kopię rachunku/faktury dokumentującej zakup: okularów korygujących wzrok, szkieł kontaktowych korygujących wzrok lub szkieł korekcyjnych<sup>1</sup> wystawiony imiennie na pracownika, potwierdzający zakup.

Do wniosku dołączam kopię orzeczenia lekarskiego o konieczności stosowania okularów korygujących wzrok, szkieł kontaktowych korygujących wzrok lub szkieł korekcyjnych.

.....  
data i podpis pracownika

**2. Opinia przełożonego<sup>2</sup>**

Potwierdzam, że Pan/Pani .....jest pracownikiem zatrudnionym na stanowisku wykonującym pracę związaną z obsługą monitora ekranowego i użytkuje w czasie pracy co najmniej przez połowę swojego dobowego wymiaru czasu pracy, tj. 4 godziny.

.....  
data i podpis przełożonego

**3. Pracodawca<sup>3</sup>**

Potwierdzam, że Pan/Pani ..... spełnia warunki dofinansowania zakupu okularów korygujących wzrok/ szkieł kontaktowych korygujących wzrok/ szkieł korekcyjnych w wysokości ..... zł. zgodnie z zarządzeniem nr 4.2024 Kierownika Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Okonku z dnia 27 lutego 2024 r. i załączoną kopią dowodu zakupu (kopia faktury/rachunku).

.....  
data i podpis pracodawcy

**4. Pracodawca<sup>3</sup>**

Wyrażam/nie wyrażam<sup>1</sup> zgodę na dofinansowanie kosztów zakupu okularów korygujących wzrok/szkieł kontaktowych korygujących wzrok/szkieł korekcyjnych<sup>1</sup> w kwocie wykazanej w ust.3 niniejszego załącznika.

.....  
data i podpis pracodawcy

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>2</sup> Wniosek opiniuje bezpośredni przełożony, zaś dla Kierownika MGOPS – Sekretarz Miasta i Gminy Okonek.

<sup>3</sup> Burmistrz Okonka lub osoba upoważniona do wykonywania czynności w zakresie prawa pracy w jego imieniu dla Kierownika MGOPS

ef

.....  
Imię i nazwisko pracownika

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej  
ul. Leśna 46  
64-965 Okonek

**Wniosek o skierowanie na badania  
okulistyczne przeprowadzane w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej,  
poza terminem wynikającym z częstotliwości wykonywania badań okresowych**

Zwracam się z prośbą o skierowanie mnie na wcześniejsze badanie wzroku poza terminem wynikającym z częstotliwości wykonywania okresowych badań w celu wydania przez lekarza medycyny pracy potwierdzenia potrzeby stosowania przez mnie nowych okularów korekcyjnych/szkieł kontaktowych korygujących wzrok lub szkieł korekcyjnych<sup>1</sup> przy obsłudze monitora ekranowego.

Oświadczam, że użytkując w czasie pracy monitor ekranowy, co najmniej przez połowę dobowego wymiaru czasu pracy w przyjętym w Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Okonku okresie rozliczeniowym znacznego pogorszenia się jakości mojego widzenia uniemożliwia mi wykonywanie dotychczasowej pracy związanej z obsługą monitora ekranowego.

.....  
data i podpis pracownika

**Opinia przełożonego<sup>4</sup>**

Potwierdzam, że Pan/Pani .....jest pracownikiem zatrudnionym na stanowisku z monitorem ekranowym i użytkuje w czasie pracy co najmniej przez połowę swojego dobowego wymiaru czasu pracy, tj. 4 godziny.

.....  
data i podpis przełożonego

<sup>4</sup> Wniosek opiniuje bezpośredni przełożony, zaś dla Kierownika MGOPS – Sekretarz Miasta i Gminy Okonek.

ul

