

**UCHWAŁA RADY MIEJSKIEJ W ZIĘBICACH
NR XXVIII/200/09**

z dnia 30 stycznia 2009 r.

**w sprawie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli
prowadzonych przez Gminę Ziębice**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jedn. Dz. U. z 2001 roku Nr 142, poz. 1591 z późn. zmianami), art. 72 ust. 1 i art. 91d ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela (tekst jedn. Dz. U. 2006 roku Nr 97, poz. 674 z późn. zmianami) Rada Miejska w Ziębicach uchwala, co następuje:

§ 1

1. Gmina Ziębice w ramach corocznego budżetu zapewni środki finansowe na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, w wysokości ustalonej jako iloczyn liczby nauczycieli w przeliczeniu na pełne etaty oraz emerytów i rencistów, byłych nauczycieli szkół i przedszkoli przez 4% kwoty bazowej wynagrodzenia nauczycieli, o której mowa w art. 30 ust. 3 Karty Nauczyciela.
2. W roku 2009 środki przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli stanowią kwotę 14 485 zł.

§ 2

1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w formie zasiłku pieniężnego.
2. Wysokość jednorazowo udzielonej pomocy nie może przekroczyć 50% minimalnego wynagrodzenia ustalonego w trybie określonym w ustawie o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, obowiązującego w dacie przyznania świadczenia.
3. Pomoc zdrowotna dla danej osoby udzielana jest raz w roku.
4. W szczególnie uzasadnionym przypadku, zasiłek może być przyznany dwa razy w roku.

§ 3

1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z:
 - 1) przewlekłą ciężką chorobą nauczyciela,
 - 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu,
 - 3) koniecznością przeprowadzenia badań specjalistycznych poza miejscem zamieszkania,
 - 4) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,
 - 5) ze względu na konieczność przeprowadzenia kosztownych zabiegów leczniczych,
 - 6) koniecznością zakupu niezbędnych środków pomocniczych, jak aparaty słuchowe, sprzęt rehabilitacyjny, protezy itp.

§ 4

1. Warunkiem przyznania pomocy jest złożenie przez nauczyciela wniosku na druku, który stanowi załącznik do uchwały. Do wniosku należy dołączyć:
 - 1) zaświadczenie o dochodach za ostatni rok z Urzędu Skarbowego (roczny PIT) lub ostatni odcinek emerytury lub renty, w przypadku nauczyciela emeryta lub rencisty składającego wniosek oraz współmałżonka, zaświadczenie o dochodach z gospodarstwa rolnego, prowadzonej działalności gospodarczej itp.,
 - 2) wypis ze szpitala w przypadku leczenia szpitalnego,
 - 3) uzasadnienie wniosku potwierdzone przez lekarza na formularzu wniosku bądź jako załączone zaświadczenie (ważne 6 miesięcy od daty wystawienia),
 - 4) rachunki, faktury imienne potwierdzające poniesienie wydatków na leczenie, zakup sprzętu, leków itp.
2. Wniosek nie będzie rozpatrywany, gdy
 - 1) jako zaświadczenie lekarskie będzie załączony wypis z leczenia sanatoryjnego,
 - 2) jeżeli wniosek nie będzie kompletny.
3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach z wnioskiem o udzielenie zapomogi zdrowotnej może wystąpić Dyrektor placówki lub organizacja związkowa, w której jest lub był zatrudniony nauczyciel potrzebujący pomocy.

§ 5

1. Środkami na pomoc zdrowotną dla nauczycieli administrują Dyrektorzy szkół i przedszkoli.

§ 6

1. Decyzję w sprawie wysokości pomocy zdrowotnej podejmuje Dyrektor placówki biorąc pod uwagę sytuację materialną i zdrowotną wnioskodawcy oraz udokumentowane wydatki. Jednorazowa pomoc nie może przekroczyć 90% poniesionych kosztów, z uwzględnieniem limitu określonego w § 2 ust. 2 niniejszej uchwały.

2. Odmowa przyznania pomocy zdrowotnej wymaga uzasadnienia przez organ administrujący funduszem. Odwołanie od decyzji negatywnej składa się do organu prowadzącego szkołę lub przedszkole za pośrednictwem pracodawcy.

§ 7

Traci moc uchwała Rady Miejskiej nr XIX/109/08 w Ziębicach z dnia 19 lutego 2008 roku w sprawie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli prowadzonych przez Gminę Ziębice.

§ 8

Wykonanie uchwały zleca się Burmistrzowi Ziębic.

§ 9

Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od daty ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Dolnośląskiego z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2009 roku.

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ
JANUSZ SOBOL

**W N I O S E K O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ
Z FUNDUSZU ZDROWOTNEGO**

1. Nazwisko i imię
2. Adres zamieszkania
3. Miejsce pracy
4. Dane dotyczące dochodów wnioskodawcy (dochód brutto za rok)
5. Dane dotyczące członków rodziny :

| Lp. | Nazwisko i imię | stopień po- krewieństwa | Data urodzenia | rodzaj szkoły zakład pracy | Roczny do- chód brutto | Uwagi |
|-----|-----------------|----------------------------|-------------------|-------------------------------|---------------------------|-------|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |

ó. Oświadczenie o wysokości dochodu brutto przypadającym na 1 członka rodziny (średni miesięcznie)

..... zł (słownie złotych :.....)

7. Uzasadnienie wniosku potwierdzone przez lekarza (ważne 6 m-cy od daty wystawienia).....

(data i podpis lekarza)

Potwierdzając prawdziwość powyższych danych pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § I Kodeksu Karnego , proszę o przyznanie pomocy finansowej Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych na potrzeby Funduszu , zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jedn.Dz.U. z 2002 roku Nr 101 poz.926 z późn.zm.).

(data , miejscowość)

(podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

- 1..... 3.....
- 2..... 4.....