



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO

Gorzów Wielkopolski, dnia czwartek, 14 grudnia 2017 r.

Poz. 2722

UCHWAŁA NR XLI/173/2017 RADY GMINY WYMIARKI

z dnia 27 listopada 2017 r.

w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt.15 ustawy z 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1875 z późn. zm.) oraz art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1189 z późn.zm.) Rada Gminy Wymiarki uchwała, co następuje:

§ 1. Gmina Wymiarki przeznaczy corocznie w budżecie środki finansowe w wysokości 0,3% środków na wynagrodzenie osobowe nauczycieli z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

§ 2. Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania w „Regulaminie przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli”, który stanowi załącznik do nin. Uchwały.

§ 3. Wykonanie Uchwały powierza się Wójtowi Gminy.

§ 4. Traci moc Uchwała Nr IX/62/2007 z dnia 28 grudnia 2007 r. sierpnia 2007r. w sprawie zasad udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wymiarki oraz Uchwała Nr XVI/136/2008 z dnia 30 grudnia 2008 zmieniająca uchwałę w sprawie zasad udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wymiarki.

§ 5. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Lubuskiego.

Przewodniczący Rady Gminy

Halina Kiszka

Załącznik
do Uchwały Nr XLI/173/2017
Rady Gminy Wymiarki
z dnia 27 listopada 2017 r.

REGULAMIN przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

§ 1. Do uzyskania pomocy finansowej z funduszu zdrowotnego uprawnieni są:

- 1) nauczyciele pracujący w szkołach prowadzonych przez Gminę Wymiarki, zatrudnieni w wymiarze co najmniej $\frac{1}{2}$ obowiązkowego wymiaru zajęć,
- 2) nauczyciele, których ostatnim miejscem pracy przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne była szkoła prowadzone przez Gminę Wymiarki,

§ 2. Świadczenia przyznawane są nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej w związku z:

- 1) zwiększonymi kosztami leczenia spowodowanymi ciężką lub przewlekłą chorobą,
- 2) korzystaniem z pomocy specjalistycznej, w tym specjalistycznych badań,
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu,
- 4) długotrwałą rehabilitacją, w tym związaną z chorobami zawodowymi i powypadkową, w tym przejazdu na rehabilitację
- 5) koniecznością zakupu leków, zaleconych przez lekarza związanych z procesem leczenia,
- 6) konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego (zakup szkieł korekcyjnych, aparatu słuchowego, elementów protetyki stomatologicznej itp.), nie częściej niż raz na trzy lata.

§ 3. 1. Pomoc zdrowotna udzielana jest dwa razy w roku w formie jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach pomoc zdrowotna może być przyznana powtórnie w danym roku.

3. Wnioski w sprawie udzielenia świadczenia pieniężnego należy składać w terminach do 15 czerwca, do 15 listopada danego roku kalendarzowego,

4. Wniosek o przyznanie świadczenia, nauczyciel kieruje do Dyrektora szkoły.

5. Załącznikiem nr 1 do niniejszego Regulaminu jest wzór wniosku w sprawie przyznania świadczenia.

§ 4. Do wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę,
- 2) rachunki potwierdzające poniesione koszty związane ze specjalistycznym leczeniem, zakupem leków, sprzętu medycznego, korzystaniem z usług rehabilitacyjnych, na podstawie biletów komunikacji lub faktur zakupu paliwa do wartości ilości km do miejsca usług rehabilitacyjnych wg cennika podróży służbowej w szkole.
- 3) oświadczenie (dotyczące ostatnich trzech miesięcy poprzedzających termin złożenia wniosku) o średniej miesięcznej wysokości dochodów brutto, przypadającego na osobę pozostającą z nauczycielem we wspólnym gospodarstwie domowym, lub osobę samotnie zamieszkującą, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

§ 5. 1. W celu kompletowania dokumentacji oraz opiniowania wniosków nauczycieli ubiegających się o pomoc zdrowotną – Dyrektor szkoły powołuje Komisję ds. pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, zwaną dalej Komisją.

2. W skład Komisji wchodzi:

- 1) przedstawiciel rady pedagogicznej,
- 2) przedstawiciel organizacji związkowej działającej na terenie szkoły,

3) przedstawiciel Rady Gminy Wymiarki,

3. Komisja, ze swojego składu wybiera przewodniczącego, zastępcę przewodniczącego.

4. Posiedzenia Komisji zwołuje Przewodniczący, a w przypadku dłuższej nieobecności jego zastępca.

5. Komisja działa przy udziale co najmniej 2/3 składu.

6. Przewodniczący, zastępca przewodniczącego i członkowie Komisji zobligowani są do zachowania tajemnicy obrad i złożenia pisemnego oświadczenia o poufności informacji w rozpatrywanym przedmiocie, oraz przestrzegania zapisów ustawy o ochronie danych osobowych.

7. Z posiedzenia komisji sporządza się protokół.

§ 6. 1. O przyznaniu i wysokości świadczenia lub odmowie jego przyznania decyduje Dyrektor szkoły w terminie 14 dni od dnia upływu składania wniosków.

2. O swoim stanowisku, określonym w ust. 1, Dyrektor szkoły informuje wnioskodawcę pisemnie.

3. Informacja o podjętej przez Dyrektora szkoły decyzji w sprawie wysokości przyznanego świadczenia, lub odmowie przyznania, jest ostateczna i nie przysługuje od niej prawo wniesienia odwołania.

§ 7. 1. Wysokość przyznanego świadczenia pieniężnego nie może przekroczyć wysokości udokumentowanych i uzależniona jest od:

- 1) ilości środków zabezpieczonych na ten cel w uchwale budżetowej Gminy Wymiarki,
- 2) liczby złożonych wniosków w roku budżetowym,
- 3) sytuacji materialnej wnioskodawcy.

§ 8. Wysokość jednorazowego świadczenia nie może przekroczyć 100% minimalnego wynagrodzenia za pracę, ustalonego na dany rok.

Załącznik nr 1
do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO
NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELA**

1. Imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

.....
.....
.....

2. Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....

3. W przypadku przyznania mi świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej, proszę o przelanie środków finansowych na wskazane poniżej konto bankowe:

Imię i nazwisko
Numer rachunku

4. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela:

a) wymiar etatu –wypełnia nauczyciel czynny zawodowo :

b) Status nauczyciela w chwili składania wniosku:

-czynny zawodowo, -renta/emerytura, - nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

5. DECYZJA w sprawie przyznania świadczenia

.....
.....
.....

6. Wysokość przyznanego świadczenia pieniężnego

..... słownie

.....

Data i podpis

Załącznik nr 2
do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

OŚWIADCZENIE o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela

Nazwisko i imię nauczyciela

.....

Adres

.....

Niniejsze oświadczenie składam w celu przyznania mi świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Oświadczenie o dochodach

Lp.	Określenie rodzaju dochodu i członków rodziny nauczyciela, których dochód dotyczy	Wysokość dochodu* brutto (w zł)
1	Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)	
2	Dochód nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	
3	Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	
4	Łączny dochód rodziny uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (poz. 2 + poz. 3)	
5	Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny (poz. 4 : poz. 1, podzielony przez 3)	

*)wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się wszystkie zasiłki: w tym rodzinny, pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną

Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)