

**UCHWAŁA NR XXXVIII/255/2017
RADY MIEJSKIEJ W WOLBORZU**

z dnia 25 października 2017 r.

w sprawie środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz określenia rodzaju, warunków i sposobu przyznawania świadczeń w ramach tej pomocy w przedszkolach i szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wolbórz

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1875) oraz art. 72 ust. 1 i 4, art. 91d pkt. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2017 r. poz. 1189)

**Rada Miejska w Wolborzu,
uchwala co następuje:**

§ 1. Gmina Wolbórz zabezpieczy corocznie w budżecie środki finansowe z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej.

§ 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;
- 5) koniecznością zakupu leków lub sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego;
- 6) dofinansowanie kosztów pobytu na turnusach rehabilitacyjnych lub kosztów usług rehabilitacyjnych.

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

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

3. Wniosek o przyznanie świadczenia nauczyciel kieruje do Burmistrza Wolborza w terminie do 31 maja lub 31 października każdego roku.

4. Wzór wniosku stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 4. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie nauczyciela wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej, z uwzględnieniem informacji wskazujących na zaistnienie co najmniej jednej z podstaw do przyznania pomocy zdrowotnej określonej w § 3;
- 2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty związane ze specjalistycznym leczeniem, zakupem leków, sprzętu medycznego, korzystaniem z usług lub turnusów rehabilitacyjnych;

3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela (średni miesięczny dochód brutto nauczyciela, współmałżonka i dorosłych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, ze wszystkich źródeł przychodu z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, wraz z oświadczeniem o liczbie osób pozostających na wspólnym utrzymaniu nauczyciela, wyliczoną wysokością dochodu przypadającego na jednego członka rodziny). Dzieci uczące się uwzględnia się przy wyliczeniu wysokości dochodu nie dłużej niż do 26 roku życia. Wzór oświadczenia stanowi Załącznik nr 2 do niniejszej uchwały;

4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela.

§ 5. 1. O przyznaniu i wysokości pomocy zdrowotnej lub odmowie jej przyznania decyduje Burmistrz Wolborza, który o swojej decyzji zawiadamia nauczyciela pisemnie.

2. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest na konto bankowe wskazane przez nauczyciela we wniosku o przyznanie pomocy lub w kasie urzędu.

3. Decyzja Burmistrza Wolborza w sprawie wysokości przyznanej pomocy zdrowotnej lub odmowie jej przyznania jest ostateczna i nie przysługuje od niej prawo wniesienia odwołania.

4. Odmowa przyznania pomocy zdrowotnej musi zawierać uzasadnienie.

§ 6. Wysokość przyznanego świadczenia pieniężnego uzależniona jest od:

1) ilości środków zabezpieczonych na ten cel w uchwale budżetowej Gminy Wolbórz;

2) liczby złożonych wniosków w roku budżetowym;

3) sytuacji materialnej wnioskodawcy.

§ 7. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku budżetowym nie przechodzą na rok następny.

§ 8. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Wolborza.

§ 9. Traci moc Uchwała Nr IX/62/2007 Rady Gminy Wolbórz z dnia 20 czerwca 2007 roku w sprawie środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz nauczycieli emerytów w Gminie Wolbórz korzystających z opieki zdrowotnej.

§ 10. Uchwała podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Łódzkiego i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.

Przewodniczący Rady
Miejskiej w Wolborzu

Bogdan Szulc

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr

XXXVIII/255/2017

Rady Miejskiej w Wolborzu

z dnia 25 października 2017 r.

**WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej**

.....
(imię i nazwisko nauczyciela)

.....
(adres zamieszkania, nr telefonu)

.....
(status nauczyciela na dzień złożenia wniosku: nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista, pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)

.....
(nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest lub był ostatnio zatrudniony)

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi pomocy zdrowotnej, wynikającej z poniesionych w roku kosztów leczenia/zakupu w wysokości zł (słownie:.....), udokumentowanych załączonymi dowodami (rachunkami, fakturami).

Złożenie wniosku uzasadniam:

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

Z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku z powodu:

.....
.....

W przypadku przyznania mi pomocy zdrowotnej, proszę o przelanie środków finansowych na wskazane poniżej konto bankowe*:

.....
(nazwa banku i numer konta)

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie i wskazaniach dotyczących leczenia;
- 2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione koszty leczenia lub zakupu (za okres 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku);

3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela;

4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej (wymienić):

.....

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis nauczyciela)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz załączonych do niego dokumentów, na zasadach określonych ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) dla celów związanych z przyznaniem pomocy zdrowotnej.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis nauczyciela)

* w przypadku braku numeru konta przyznane świadczenie zostanie wypłacone w kasie Urzędu Miejskiego.

Przyznana wysokość świadczenia:

.....

.....

.....

(podpis Burmistrza Wolborza)

Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr
XXXVIII/255/2017
Rady Miejskiej w Wolborzu
z dnia 25 października 2017 r.

**OŚWIADCZENIE
o sytuacji materialnej**

.....
(imię i nazwisko nauczyciela)

.....
(adres zamieszkania, nr telefonu)

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

Oświadczenie o dochodach:

Lp.	Osoby w rodzinie/rodzaj dochodu	Liczba osób /wysokość dochodu* brutto w zł
1.	Liczba osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)	
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)/3 miesiące	

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

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania pomocy.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis nauczyciela)