



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Wrocław, dnia 13 lipca 2015 r.

Poz. 3125

UCHWAŁA NR V/49/15 RADY GMINY BOLESŁAWIEC

z dnia 1 lipca 2015 r.

w sprawie rodzaju, warunków i sposobu przyznawania świadczeń pomocy zdrowotnej dla nauczycieli

Na podstawie *art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 08 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2013 r. poz. 594, 645 i 1318 oraz z 2014 r. poz. 379 i 1072)*, *art. 72 ust. 1 oraz art. 91 d pkt. 1 ustawy z dnia 26 stycznia Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2014 r. poz. 191 i 1198)*

uchwala się, co następuje:

§ 1. Przepisy uchwały mają zastosowanie do nauczycieli zatrudnionych w szkołach prowadzonych przez Gminę Bolesławiec oraz nauczycieli emerytów i rencistów ze szkół prowadzonych przez Gminę Bolesławiec.

§ 2. 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w formie zasiłku pieniężnego.

2. Zasiłek pieniężny ma charakter bezzwrotny.

3. Pomoc zdrowotna przyznawana jest z przeznaczeniem na dofinansowanie:

- 1) leczenia się w miejscu zamieszkania lub poza nim z powodu przewlekłej lub ciężkiej choroby;
- 2) ponoszenia kosztów leczenia specjalistycznego, w tym badań diagnostycznych, konsultacji, hospitalizacji i leczenia sanatoryjnego, zabiegów rehabilitacyjnych, zakupu środków farmaceutycznych, sprzętu specjalistycznego i rehabilitacyjnego- w związku z prowadzoną terapią, zaangażowania wykwalifikowanej opieki medycznej i transportu medycznego.

§ 3. 1. Pomoc zdrowotna jest przyznawana na pisemny wniosek osoby uprawnionej lub jej pełnomocnika. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Do wniosku, o którym mowa w ust: 1 należy załączyć:

- 1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę oraz dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia w odniesieniu do osób ubiegających się o przyznanie zasiłku na podstawie § 2 ust. 3 pkt 1;
- 2) imienne rachunki za leczenie specjalistyczne w odniesieniu do osób ubiegających się o przyznanie zasiłku na podstawie § 2 ust. 3 pkt 2;
- 3) oświadczenie (dotyczące ostatnich trzech miesięcy poprzedzających termin złożenia wniosku) o średniej miesięcznej wysokości dochodu brutto przypadającego na osobę pozostającą z nauczycielem w jednym gospodarstwie domowym. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały;
- 4) wnioski o przyznanie świadczenia wraz z załącznikami należy składać w terminach do 15 marca oraz do 15 września danego roku kalendarzowego w Gminnym Zakładzie Obsługi Szkół w Bolesławcu.

§ 4. 1. O przyznaniu i wysokości zasiłku pieniężnego lub odmowie jego przyznania decyduje Wójt Gminy Bolesławiec, w terminie 30 dni od dnia upływu terminu składania wniosków.

2. O przyznaniu i wysokości zasiłku pieniężnego lub odmowie jego przyznania Wójt Gminy Bolesławiec informuje wnioskodawcę pisemnie.

3. Decyzja w sprawie przyznania i wysokości zasiłku pieniężnego, o której mowa w ust. 1 jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie.

4. Zasiłek pieniężny może być udzielony uprawnionej osobie raz do roku, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach ciężkiej i nieuleczalnej choroby – dwa razy w roku.

§ 5. 1. Wysokość przyznawanego uprawnionej osobie zasiłku pieniężnego uzależniona jest od:

- 1) wysokości środków zaplanowanych na ten cel w budżecie Gminy Bolesławiec;
- 2) liczby złożonych w roku budżetowym wniosków;
- 3) sytuacji materialnej wnioskodawcy.

2. Pomoc zdrowotna udziela jest do 75 % wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę, określanego corocznie w rozporządzeniu Rady Ministrów wydanym na podstawie art. 2 ust. 5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu z a pracę (Dz. U. Nr .200, poz. 1679 z późn. zm.).

§ 6. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Bolesławiec.

§ 7. Uchwała wchodzi w życie w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Dolnośląskiego.

Przewodniczący Rady Gminy:
B. Uziej

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr V/49/15
Rady Gminy Bolesławiec
z dnia 1 lipca 2015 r.

WNIOSEK O PRYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI

1. Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek

- 1) Imię i nazwisko.....
- 2) Adres zamieszkania (kod, miejscowość, ulica).....
.....
- 3) Numer telefonu.....
- 4) W przypadku przyznania mi świadczenia z tytułu zasiłku pomocy zdrowotnej, proszę o przelanie środków finansowych na wskazane poniżej konto bankowe:
- a) Imię i nazwisko.....
- b) Numer rachunku.....
- 5) Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela
- a) Nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony.....
.....
- b) Wymiar etatu/ wypełnia nauczyciel czynny zawodowo/.....
- c) Status nauczyciela, na dzień złożenia wniosku*:
czynny zawodowo, renta/ emerytura, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

2. Dane wnioskodawcy*

- 1) Imię i nazwisko.....
- 2) Adres zamieszkania (kod, miejscowość, ulica).....
.....
- 3) Numer telefonu.....

*wypełnić jeżeli wniosek złożony jest przez pełnomocnika nauczyciela

3. Poświadczenie szkoły/ zespołu szkolno- przedszkolnego/jednostki organizacyjnej

Poświadcza się, że dane zawarte w pkt 5 lit. a, lit. b, lit. c są zgodne ze stanem faktycznym**.

.....

/miejscowość, data/

.....

/ podpis osoby upoważnionej/

** Poświadczenia danych zawartych w pkt 5 lit.a-b dokonują odpowiednio:

- a) w stosunku do nauczycieli czynnych zawodowo – dyrektor szkoły, w której zatrudniony jest nauczyciel;
- b) w stosunku do nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli pobierających świadczenie kompensacyjne- jednostka organizacyjna, w której ww. osoby objęte są opieką socjalną.

4. Proszę o przyznanie mi zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną z powodu:

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

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

Do wniosku załączam następujące dokumenty*:

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę
- rachunki za leczenie specjalistyczne
- inne, proszę wymienić jakie

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

5. Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku.

6. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 i 1662) w zakresie niezbędnym do jego zaopiniowania i przyznania świadczenia.

.....

/miejsowość, data/

.....

/ podpis wnioskodawcy/

*właściwe podkreślić

Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr V/49/15
Rady Gminy Bolesławiec
z dnia 1 lipca 2015 r.

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto wyliczony za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę wyniósł.....zł

słownie.....

Oświadczenie składam w celu przyznania zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli .

Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.

.....

.....

/miejsowość, data/

/ podpis wnioskodawcy/