



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Wrocław, dnia 15 lipca 2016 r.

Poz. 3570

UCHWAŁA NR XX/143/2016 RADY GMINY MĘCINKA

z dnia 30 czerwca 2016 r.

w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania nauczycielom szkół prowadzonych przez Gminę Męcinka

Na podstawie art. 72 w związku z art. 91b ust.1 i art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2014 poz. 191 ze zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. Uchwała określa rodzaje świadczeń na pomoc zdrowotną oraz warunki i sposób ich przyznawania nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej.

§ 2. Ilekroć w uchwale jest mowa bez bliższego określenia o szkole należy przez to rozumieć przedszkola, szkoły podstawowe i gimnazjum prowadzone przez Gminę Męcinka.

§ 3. 1. Osobami uprawnionymi do korzystania ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną są nauczyciele zatrudnieni w szkołach oraz nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne, którzy byli zatrudnieni w szkołach.

2. Nauczyciele emeryci, renciści i otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne składają wniosek potwierdzony przez dyrektora szkoły, w której byli zatrudnieni przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

3. W przypadku likwidacji szkoły, będącej ostatnim miejscem zatrudnienia nauczyciela wniosek potwierdza dyrektor szkoły, w której jest naliczany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych dla tego nauczyciela (emeryta, rencisty lub pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne).

4. Na wniosku dyrektor potwierdza zatrudnienie nauczyciela, a w przypadku nauczyciela emeryta, rencisty bądź pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne potwierdza fakt odejścia nauczyciela na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

§ 4. 1. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określa uchwała budżetowa Gminy Męcinka.

2. Dysponentem środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną jest Wójt Gminy Męcinka.

§ 5. Warunkiem otrzymania pomocy zdrowotnej jest poniesienie przez nauczycieli, w okresie nie przekraczającym 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, kosztów:

- 1) leczenia przewlekłej lub ciężkiej choroby;
- 2) leczenia specjalistycznego;
- 3) zakupu protez, sprzętu medycznego, ortopedycznego, rehabilitacyjnego, okularów korekcyjnych, itp.

§ 6. 1. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie bezwrotnego zasiłku pieniężnego, raz w roku.

2. Maksymalna wysokość pomocy zdrowotnej nie może przekroczyć 70% minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującego w danym roku kalendarzowym.

3. Wysokość pomocy zdrowotnej na świadczenia uzależniona jest od:

- 1) wysokości poniesionych i udokumentowanych przez nauczyciela kosztów, o których mowa w § 5;
- 2) sytuacji materialnej nauczyciela i jego rodziny;
- 3) wysokości posiadanych środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

§ 7. 1. Pomoc zdrowotną przyznaje Wójt Gminy Męcinka na pisemny wniosek nauczyciela.

2. Wniosek wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do regulaminu, zawiera:

- 1) imię, nazwisko nauczyciela, adres zamieszkania, nr telefonu;
- 2) status nauczyciela;
- 3) nazwa szkoły, w której pracuje lub pracował nauczyciel;
- 4) uzasadnienie wniosku;
- 5) nr rachunku bankowego jeżeli wnioskodawca jest zainteresowany przekazaniem zasiłku pieniężnego na wskazane przez siebie konto;
- 6) data i podpis nauczyciela.

3. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające:
 - a) leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą wraz z wykazem stosowanych leków,
 - b) leczenie specjalistyczne wraz z wykazem stosowanych leków,
 - c) stosowanie protezy, sprzętu medycznego, ortopedycznego, rehabilitacyjnego, okularów, itp.;
- 2) faktury lub rachunki imienne potwierdzające poniesienie kosztów związanych z leczeniem lub zakupem, o których mowa w § 5 ;
- 3) oświadczenie nauczyciela 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 złożenie wniosku, wraz z oświadczeniem o liczbie osób pozostających na wyłącznym utrzymaniu nauczyciela - przy czym dzieci uczące się nie dłużej niż do 26 roku życia - z wyliczoną wysokością dochodu przypadającą na jednego członka rodziny). Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 2 do regulaminu.

4. Wnioski składa się do Wójta Gminy Męcinka w terminach: do 15 maja, 15 listopada danego roku.

5. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w ust. 2 i 3, nauczyciel zostaje wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

6. W przypadku nie usunięcia braków w terminie, o którym mowa w ust. 5, wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym nauczyciel zostanie poinformowany pisemnie.

7. Wnioski o pomoc zdrowotną są rozpatrywane w terminie 14 dni od terminów o których mowa w ust. 4 z uwzględnieniem ust.5.

8. Decyzję o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej lub decyzję odmowną podejmuje wójt. Decyzja wójta w sprawie przyznania lub o odmowie przyznania pomocy zdrowotnej jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie.

§ 8. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Męcinka.

§ 9. Traci moc uchwała Nr XII/82/07 Rady Gminy Męcinka z dnia 23 listopada 2007 r. w sprawie przeznaczenia środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy, a także warunków i sposobu ich przyznawania (Dziennik Urzędowy Województwa Dolnośląskiego z 2007 r. Nr 303, poz. 4142).

§ 10. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Dolnośląskiego.

Przewodniczący Rady:
W. Lichoń

Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr XX/143/2016
Rady Gminy Męcinka
z dnia 30 czerwca 2016 r.

.....
imię i nazwisko nauczyciela)

.....
(adres zamieszkania i nr tel.)

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

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

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

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

Powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis nauczyciela)