



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Wrocław, dnia 23 grudnia 2016 r.

Poz. 5979

UCHWAŁA NR XXV/155/16 RADY GMINY DOBROMIERZ

z dnia 22 grudnia 2016 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół prowadzonych przez Gminę Dobromierz oraz warunków i sposobu ich przyznawania

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 446, poz. 1579), art. 72 ust. 1 i art. 91d ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2016 r. poz. 1379) uchwała się, co następuje:

§ 1. W uchwale Nr XXXVI/199/13 Rady Gminy Dobromierz z dnia 6 września 2013 r. w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół prowadzonych przez Gminę Dobromierz oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Województwa Dolnośląskiego z 2013 r. poz. 4984) wprowadza się następujące zmiany:

1) dotychczasowy załącznik do uchwały otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Dobromierz.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Dolnośląskiego z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2017 r.

Przewodnicząca Rady:
A. Luks

Załącznik do Uchwały Nr XXV/155/16
Rady Gminy Dobromierz
z dnia 22 grudnia 2016 r.

WNIOSEK o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....
Nazwisko i imię nauczyciela

.....
Adres i nr telefonu

.....
Status nauczyciela (nauczyciel czynny zawodowo, emeryt, rencista, pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)

.....
Szkoła, w której nauczyciel jest lub był ostatnio zatrudniony

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi pomocy zdrowotnej. Złożenie wniosku uzasadniam:

.....
Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku

Wnioskuje o przyznanie kwoty..... zł z tytułu poniesionych kosztów leczenia:

.....
Przyznane świadczenie proszę przekazać na rachunek bankowy:

.....
(nazwa banku i numer rachunku)

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające:
 - a) leczenie związane z przewlekłą lub ciężką chorobą,
 - b) leczenie specjalistyczne,
 - c) stosowanie protezy, sprzętu rehabilitacyjnego lub aparatury medycznej,
- 2) imienną fakturę lub rachunek potwierdzający wydatek związany z leczeniem lub zakupem, o których mowa w § 3 ust. 1 i 2 uchwały,
- 3) oświadczenie nauczyciela, którego wzór stanowi załącznik do niniejszego wniosku, o uzyskanych dochodach brutto ze wszystkich źródeł w przeliczeniu na jednego członka rodziny z ostatnich 3 miesięcy,
- 4) zaświadczenie nauczyciela o dochodzie brutto z miejsca pracy z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku,
- 5) nauczyciele emeryci, renciści i pobierający świadczenie kompensacyjne załączają odpowiednie odcinki pobieranych świadczeń, bądź kopie decyzji ZUS-u.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, na zasadach określonych ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) dla celów związanych z przyznaniem pomocy zdrowotnej.

.....
(data i czytelny podpis nauczyciela)

Wypełnia dyrektor szkoły:

Potwierdza się, że Pan(i) jest osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.:

- 1) jest nauczycielem zatrudnionym w
- 2) jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne był zatrudniony w
- 3) jest byłym nauczycielem zlikwidowanej szkoły pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany w.....

Opinia:

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

.....
(pieczęć szkoły)

.....
(data i podpis dyrektora)

Decyzja Wójta:

Działając na podstawie uchwały Nr XXXVI/199/13 Rady Gminy Dobromierz z dnia 6 września 2013 r. w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół prowadzonych przez Gminę Dobromierz oraz warunków i sposobu ich przyznawania, po rozpoznaniu wniosku oraz w oparciu o załączoną do wniosku dokumentację, postanawiam, co następuje:

Przyznaję * Pani(u) świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej, w wysokości: zł (słownie:.....)

Nie przyznaję * Pani(u) świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej z powodu (uzasadnienie):
.....
.....

.....
(data i podpis Wójta)

* niewłaściwe skreślić

Załącznik do wniosku
o przyznanie pomocy zdrowotnej

OŚWIADCZENIE
o uzyskanych dochodach w przeliczeniu na 1 członka rodziny

.....
Nazwisko i imię nauczyciela

.....
Adres i nr telefonu

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	Liczba osób/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 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 (kwota z poz. 2 + kwota z poz. 3)	
5	Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny (kwota z poz. 4 podzielona przez liczbę z 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 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.

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)