



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO

---

Łódź, dnia 29 września 2015 r.

Poz. 3707

### **UCHWAŁA NR VII/98/2015 RADY GMINY WODZIERADY**

z dnia 12 sierpnia 2015 r.

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

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (t.j.: Dz. U. z 2013 r. poz. 594, poz. 645 i poz. 1318, z 2014 r. poz. 379 i poz. 1072) oraz art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta nauczyciela (t.j.: Dz. U. z 2014 r. poz. 191, z 2015 r. poz. 357) Rada Gminy Wodzierady uchwala, co następuje:

**§ 1.** Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach prowadzonych przez Gminę Wodzierady oraz nauczycieli emerytów, rencistów i pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne określa corocznie uchwała budżetowa.

**§ 2.** Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania, w formie Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wodzierady, stanowiącego załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 3.** Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy.

**§ 4.** Traci moc uchwała nr XXXIX/403/2010 Rady Gminy Wodzierady z dnia 19 października 2010 r. w sprawie przeznaczenia środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół prowadzonych przez Gminę Wodzierady oraz przyjęcia regulaminu gospodarowania tymi środkami.

**§ 5.** Uchwała wchodzi w życie 14 dni po ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Łódzkiego.

Przewodniczący Rady  
*Andrzej Gil*

**Załącznik**

do uchwały nr VII/98/2015  
Rady Gminy Wodzierady  
z dnia 12 sierpnia 2015 r.

**REGULAMIN PRYZYNAWANIA POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI SZKÓŁ,  
DLA KTÓRYCH ORGANEM PROWADZĄCYM JEST GMINA WODZIERADY**

**§ 1.** Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach prowadzonych przez Gminę Wodzierady oraz nauczycieli emerytów, rencistów i pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne wynoszą 0,3% planowanych rocznych środków przeznaczonych na wynagrodzenia osobowe nauczycieli.

**§ 2.** Pomoc zdrowotna przyznawana jest nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej w związku z:

- 1) leczeniem się z powodu przewlekłej lub ciężkiej choroby;
- 2) ponoszeniem kosztów leczenia specjalistycznego, w tym: badań diagnostycznych, konsultacji, hospitalizacji i leczenia sanatoryjnego, zabiegów rehabilitacyjnych, zakupu środków farmaceutycznych i dietetycznych – w związku z prowadzoną terapią, zaangażowania wykwalifikowanej opieki medycznej, transportu medycznego.

**§ 3. 1.** Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie zasiłku pieniężnego.

2. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia;
- 2) wysokości dochodu przypadającego na członka rodziny nauczyciela;
- 3) wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie na pomoc zdrowotną dla nauczycieli oraz liczby pozytywnie rozpatrzonych wniosków.

**§ 4. 1.** Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku na druku stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

2. Do wniosku o przyznanie zasiłku pieniężnego należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie nauczyciela (określenie wskazań dotyczących zdiagnozowanego schorzenia: zlecone leki, leczenie specjalistyczne, konieczność wykonywania badań diagnostycznych lub zabiegów, konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki, konieczność zaopatrzenia ortopedycznego, konieczność stosowania rehabilitacji, wskazanie do kontynuacji leczenia na turnusie rehabilitacyjnym lub w sanatorium);
- 2) oryginalne imienne dokumenty (rachunki, faktury) potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty leczenia;
- 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 wyłącznym utrzymaniu nauczyciela – przy czym dzieci uczące się nie dłużej niż do 26 roku życia - z wyliczoną wysokością dochodu przypadającą na jednego członka rodziny), stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu;
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela.

3. Złożenie wniosku nie rodzi obowiązku przyznania pomocy zdrowotnej.

**§ 5. 1.** Wniosek, którym mowa w § 4, nauczyciel składa za pośrednictwem dyrektora szkoły, w której jest lub był zatrudniony, do 10 czerwca lub do 10 listopada danego roku.

2. W przypadku zatrudnienia nauczyciela w kilku szkołach wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej składa się za pośrednictwem dyrektora tylko jednej ze szkół.

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

4. W przypadku likwidacji szkoły, będącej ostatnim miejscem zatrudnienia nauczyciela wniosek składa się za pośrednictwem dyrektora szkoły, w której jest naliczany odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych dla tego nauczyciela (emeryta, rencisty lub pobierającego nauczycielskie świadczenie kompensacyjne).

5. 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 z danej szkoły.

6. Potwierdzony wniosek wraz z załącznikami, o których mowa w § 4 ust. 2, składany jest do Urzędu Gminy Wodzierady do 15 czerwca lub do 15 listopada danego roku.

**§ 6. 1.** Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w § 4 ust. 2, nauczyciel zostaje wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

2. W przypadku nie usunięcia braków w terminie, o którym mowa w ust. 1, wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym nauczyciel zostanie poinformowany pisemnie.

**§ 7. 1.** Wnioski o pomoc zdrowotną są rozpatrywane w trakcie 14 dni od terminów o których mowa w § 5 ust. 6.

2. Decyzję o przyznaniu oraz wysokości pomocy zdrowotnej lub decyzję odmowną podejmuje Wójt, biorąc pod uwagę okoliczności wymienione w § 2 i § 3.

3. Decyzja Wójta w sprawie przyznania lub odmowy przyznania pomocy zdrowotnej jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie.

4. O przyznaniu pomocy zdrowotnej i jej wysokości lub o odmowie przyznania pomocy zdrowotnej, nauczyciel zawiadamiany jest w formie pisemnej.

**§ 8. 1.** Pomoc zdrowotna dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej udzielana jest maksymalnie dwa razy w roku budżetowym.

2. Wysokość wszystkich przyznanych świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej nie może przekroczyć w danym roku kwoty przeznaczonej na ten cel w uchwale budżetowej.

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

Przewodniczący Rady  
*Andrzej Gil*



3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela;

4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela:

.....  
.....  
.....  
Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z przyznaniem pomocy socjalnej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182).

Upředzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego potwierdzam własnoręcznym podpisem, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis nauczyciela)

### Wypełnia dyrektor szkoły

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

- 1) jest nauczycielem zatrudnionym w ..... w łącznym wymiarze ..... etatu;
- 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 .....

.....  
(pieczęćka szkoły)

.....  
(data i podpis dyrektora)

### Decyzja Wójta Gminy Wodzierady

Działając na podstawie uchwały nr ...../2015 r. Rady Gminy Wodzierady z dnia .... 2015 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania oraz w oparciu o załączoną dokumentację, postanawiam co następuje:

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

Nie przyznaję Pani(u) ..... pomocy zdrowotnej z powodu (uzasadnienie):  
.....  
.....  
.....

.....  
(data i podpis Wójta)

Załącznik nr 2  
do Regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej  
dla nauczycieli szkół, dla których organem  
prowadzącym jest Gmina Wodzierady

## OŚWIADCZENIE O SYTUACJI MATERIALNEJ NAUCZYCIELA

.....  
Imię i nazwisko 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	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 ostatnich 3 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: wszelkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki – pomoc społeczna, 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.

Ostatnio korzystałam (-em) z pomocy zdrowotnej w roku .....

*Świadoma(y) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznawanie 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 tej pomocy.*

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis nauczyciela)