



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

---

Warszawa, dnia 16 marca 2017 r.

Poz. 2593

### UCHWAŁA NR XXXI/264/2017 RADY MIEJSKIEJ W DROBINIE

z dnia 23 lutego 2017 r.

#### **w sprawie określenia rodzaju 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 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 446 z późn. zm.) oraz art. 72 ust. 1 i 4, w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2016 r. poz. 1379 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

**§ 1.** Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnionych w wymiarze co najmniej  $\frac{1}{2}$  etatu w przedszkolach i szkołach prowadzonych przez Miasto i Gminę Drobin oraz nauczycieli emerytów, rencistów, będących na świadczeniach kompensacyjnych, określa corocznie uchwała budżetowa.

**§ 2.** Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z:

- 1) leczeniem się w miejscu zamieszkania lub poza nim 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 - związku z prowadzoną terapią, zaangażowania wykwalifikowanej opieki medycznej, transportu medycznego,
- 3) ponoszeniem kosztów zakupu niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania medycznych środków pomocniczych i usług, takich jak: okulary, aparaty słuchowe, elementy protetyki stomatologicznej i innych.

**§ 3. 1.** Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie zapomogi losowej na pisemny wniosek osoby uprawnionej lub jej pełnomocnika. Wzór wniosku określa załącznik nr 1 do uchwały.

2. Do wniosku o przyznanie zapomogi losowej należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę - w odniesieniu do osób ubiegających się o przyznanie zasiłku na podstawie §2 pkt 1 uchwały,
- 2) imienne rachunki za leczenie specjalistyczne - w odniesieniu do osób ubiegających się o przyznanie zasiłku na podstawie §2 pkt 2 uchwały,
- 3) imienne rachunki za zakup środków pomocniczych - w odniesieniu do osób ubiegających się o przyznanie zasiłku na podstawie §2 pkt 3 uchwały,
- 4) oświadczenie (dotyczące ostatnich trzech miesięcy poprzedzających termin złożenia wniosku) o średniej miesięcznej wysokości dochodu netto, przypadającego na osobę pozostającą z nauczycielem w jednym gospodarstwie domowym, lub osobę samotnie zamieszkujejącą.

3. Wnioski w sprawie udzielenia zapomogi losowej należy składać w terminach: do 20 marca, do 20 czerwca, do 20 września, do 10 grudnia danego roku kalendarzowego w sekretariacie Urzędu Miasta i Gminy Drobin.

§ 4. 1. O przyznaniu i wysokości zapomogi losowej lub odmowie jej przyznania decyduje Burmistrz Miasta i Gminy Drobin.

2. O swoim stanowisku Burmistrz Miasta i Gminy Drobin informuje wnioskodawcę pisemnie.

§ 5. Zapomoga losowa może być udzielona jeden raz w roku, aw szczególnie uzasadnionych przypadkach ciężkiej lub nieuleczalnej choroby - dwa razy w roku, w przypadku zapisu w §2 pkt3 – jeden raz na 4 lata.

§ 6. 1. Wysokość przyznanej osobie uprawnionej zapomogi losowej uzależniona jest od:

- 1) ilości środków zabezpieczonych na ten cel w uchwale budżetowej Miasta i Gminy Drobin,
- 2) liczby złożonych w roku budżetowym wniosków,
- 3) sytuacji materialnej wnioskodawcy.

§ 7. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta i Gminy Drobin.

§ 8. Traci moc Uchwała Nr XXVIII/223/2016 Rady Miejskiej w Drobinie z dnia 25 listopada 2016r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

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

Przewodniczący Rady Miejskiej w Drobinie

**Marcin Fronczak**

Załącznik Nr 1  
do Uchwały Nr XXXI/264/2017  
Rady Miejskiej w Drobinie  
z dnia 23 lutego 2017 r.

**WNIOSEK  
O PRYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO  
NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI**

1. Imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

.....  
.....

2. W przypadku przyznania mi świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej, proszę o przelanie środków finansowych na wskazane poniżej konto bankowe:

Imię i nazwisko .....

Numer rachunku .....

3. Wnioskodawca ( imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy lub siedziba) - podać, jeżeli jest inny, niż określony w pkt 1

.....  
4. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela:

.....  
.....

**WYPEŁNIA NAUCZYCIEL**

-----  
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

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

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

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

☐ zaświadczenie lekarskie potwierdzające przewlekłą lub ciężką chorobę

☐ rachunki za leczenie specjalistyczne

☐ rachunki za zakup środków pomocniczych

☐ inne (proszę wymienić jakie):

.....

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto wyliczony za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, wyniósł w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę .....zł (netto) słownie .....

Świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych świadczeń, poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku.

Oświadczam jednocześnie, 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 2015, poz. 2135 z późn. zm.), w zakresie niezbędnym do jego zaopiniowania i przyznania świadczenia.

.....  
podpis wnioskodawcy