



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

Bydgoszcz, dnia 5 kwietnia 2017 r.

Poz. 1447

UCHWAŁA NR XXVII/151/17 RADY MIASTA WĄBRZEŹNO

z dnia 29 marca 2017 r.

w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli prowadzonych przez Gminę Miasto Wąbrzeźno 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 z późn. zm.¹⁾), art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91 d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2016 r. poz. 1379 z późn. zm.²⁾) uchwala się, co następuje:

§ 1. Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli prowadzonych przez Gminę Miasto Wąbrzeźno oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

§ 2. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół i przedszkoli prowadzonych przez Gminę Miasto Wąbrzeźno określa corocznie uchwała budżetowa.

§ 3. Pomoc zdrowotna przyznawana jest nauczycielom w związku z:

- 1) leczeniem 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.

§ 4. Pomoc zdrowotną przyznaje się w formie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

§ 5. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela do Burmistrza Wąbrzeźna wniosku, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę wystawione w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej, w odniesieniu do osób ubiegających się o przyznanie pomocy na podstawie § 3 pkt 1 uchwały;
- 2) oryginalne imienne dokumenty potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty leczenia specjalistycznego - w odniesieniu do osób ubiegających się o przyznanie pomocy na podstawie § 3 pkt 2 uchwały;
- 3) oświadczenie o średniej miesięcznej wysokości dochodu brutto przypadającego na osobę pozostającą z nauczycielem w jednym gospodarstwie domowym lub osoby samotnie zamieszkującej, ze wszystkich

¹⁾Zmiana tekstu jednolitego wymienionej ustawy została ogłoszona w Dz. U. z 2016 r. poz. 1579 i 1984.

²⁾Zmiana tekstu jednolitego wymienionej ustawy została ogłoszona w Dz. U. z 2017 r. poz. 60.

źródeł przychodu z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały;

4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela.

§ 6. 1. Wnioski nauczycieli rozpatrywane są w ciągu 30 dni od dnia złożenia wniosku do Burmistrza Wąbrzeźna.

2. O przyznaniu i wysokości świadczenia pieniężnego lub odmowie jego przyznania wnioskodawca jest informowany pisemnie.

§ 7. Wysokość udzielonej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) wysokości środków finansowych zaplanowanych w uchwale budżetowej;
- 2) sytuacji materialnej nauczyciela;
- 3) wysokości udokumentowanych przez nauczyciela kosztów jego leczenia, o których mowa w § 3;
- 4) liczby złożonych w roku budżetowym wniosków.

§ 8. Traci moc uchwała Nr XI/70/07 Rady Miejskiej w Wąbrzeźnie z dnia 24 września 2007 r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych prowadzonych przez Gminę Miasto Wąbrzeźno korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i trybu ich przyznawania (Dz. U. Woj. Kuj.-Pom. z 2007 r. Nr 118 poz. 1757).

§ 9. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Wąbrzeźna.

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

Przewodniczący Rady

Radosław Kędzia

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr XXVII/151/17

RADY MIASTA WĄBRZEŻNO

z dnia 29 marca 2017 r.

Burmistrz Wąbrzeźna

**WNIOSEK
o przyznanie pomocy zdrowotnej**

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

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

2. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela:

a) Nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony:

.....
.....

b) Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku:

czynny zawodowo renta/emerytura nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej.

Uzasadnienie:

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

3. W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty:

zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę wystawione

w roku ubiegania się nauczyciela o przyznanie pomocy zdrowotnej, w odniesieniu do osób ubiegających się o przyznanie pomocy na podstawie § 3 pkt 1 uchwały;

oryginalne imienne dokumenty potwierdzające poniesione przez nauczyciela koszty leczenia specjalistycznego – w odniesieniu do osób ubiegających się o przyznanie pomocy na podstawie § 3 pkt 2 uchwały;

oświadczenie o średniej miesięcznej wysokości dochodu brutto przypadającego na osobę pozostającą z nauczycielem w jednym gospodarstwie domowym lub osoby samotnie zamieszkującej, ze wszystkich źródeł przychodu z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku

inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela (proszę wymienić jakie):

.....

4. W przypadku przyznania mi świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej, proszę

o przelanie środków finansowych na wskazane poniżej konto bankowe:

a) Imię, nazwisko i adres właściciela rachunku:

.....
b) Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

.....
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 2016 r., poz. 922) w zakresie niezbędnym do przyznania świadczenia.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr XXVII/151/17
RADY MIASTA WĄBRZEŻNO
z dnia 29 marca 2017 r.

OŚWIADCZENIE
o dochodach

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

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

Lp.	Osoby w rodzinie/ dochód	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 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/podzielone przez 3 miesiące)	

*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 trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną

** w oświadczeniu należy uwzględnić przychody członków rodziny (uprawnionego jego małżonka i dzieci będących na utrzymaniu pracownika do 18 roku życia lub 25 roku życia, jeżeli uczą się lub studiuje), pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

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

Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić organ przyznający pomoc zdrowotną o ustaniu przyczyn, które stanowiły podstawę przyznania pomocy.

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 2016 r. poz. 922) w zakresie niezbędnym przyznania świadczenia.

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