



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

---

Szczecin, dnia 31 maja 2017 r.

Poz. 2458

### UCHWAŁA NR XXX/232/2017 RADY MIEJSKIEJ W ŁOBZIE

z dnia 27 kwietnia 2017 r.

#### **w sprawie rodzaju, warunków i sposobu przyznawania świadczeń zdrowotnych nauczycielom.**

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, 1579 i 1948 oraz z 2017 r. poz. 730) oraz art. 72 w związku z art. 91b ust. 1 i 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2016 r. poz. 1379 oraz z 2017 r. poz. 60) po zasięgnięciu opinii związków zawodowych Rada Miejska w Łobzie uchwala, co następuje:

**§ 1.** Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Gmina Łobez.

**§ 2.** Niniejsza uchwała określa:

- 1) rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej;
- 2) warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej, w tym osoby uprawnione do korzystania z tej pomocy;
- 3) sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

**§ 3.** Ilekroć w uchwale jest mowa bez bliższego określenia o:

- 1) organie prowadzącym - należy przez to rozumieć Gminę Łobez;
- 2) szkole - należy rozumieć przez to szkoły lub przedszkole, dla których organem prowadzącym jest Gmina Łobez;
- 3) Burmistrz - należy przez to rozumieć Burmistrza Łobza.

**§ 4. 1.** Fundusz zdrowotny tworzą środki finansowe wyodrębnione corocznie w budżecie Gminy Łobez, z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

2. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określa corocznie uchwała budżetowa Gminy Łobez.

**§ 5.** Ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną mają prawo korzystać nauczyciele, którzy ponoszą koszty związane z:

- 1) leczeniem spowodowanym ciężką lub przewlekłą chorobą;
- 2) korzystaniem z pomocy specjalistycznej, specjalistycznymi badaniami;
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu;
- 4) długotrwałą rehabilitacją, w tym związaną z chorobami zawodowymi i powypadkową.

**§ 6. 1.** Pomoc zdrowotna jest udzielana w formie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia finansowego.

2. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela (przewlekły charakter choroby, zapewnienie dodatkowej opieki choremu, konieczność stosowania specjalnej diety, itp.);
- 2) wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia;
- 3) sytuacji materialnej w gospodarstwie domowym nauczyciela;
- 4) możliwości finansowych funduszu zdrowotnego, określonych liczbą pozytywnie rozpatrzonych wniosków i wysokości kosztów ponoszonych na leczenie przez nauczycieli.

3. W przypadku braku środków na pełne pokrycie potrzeb świadczenie będzie przyznawane częściowo lub nie będzie przyznane.

**§ 7.** Osobami uprawnionymi do korzystania z funduszu zdrowotnego są:

- 1) nauczyciele zatrudnieni w co najmniej połowie obowiązującego wymiaru zajęć dydaktyczno-wychowawczych i opiekuńczych w szkołach;
- 2) nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, bez względu na datę przejścia na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, wywodzący się ze szkoły lub przedszkola dla którego Gmina Łobez jest organem prowadzącym.

**§ 8. 1.** Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie przez nauczyciela w terminie do 31 maja lub 30 listopada danego roku o przyznanie pomocy zdrowotnej, na wniosku którego wzór stanowi załącznik Nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie lekarskie;
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (w szczególności faktury lub rachunki za leczenie, badania specjalistyczne, zabiegi, zakup lekarstw, protez, sprzętu rehabilitacyjnego);
- 3) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.

3. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w ust. 2, nauczyciel zostanie wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. W przypadku nie usunięcia braków w terminie, o którym mowa powyżej, wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym nauczyciel zostanie poinformowany pisemnie.

**§ 9.** Wniosek o przyznanie świadczenia, uprawniony kieruje do Burmistrza.

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

2. Wysokość przyznanego świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej będzie uzależniona od wysokości środków finansowych zaplanowanych na ten cel w budżecie Gminy Łobez i liczby składanych wniosków.

3. Decyzję o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej podejmuje Burmistrz.

4. Informację o rozpatrzeniu wniosku przekazuje się wnioskodawcy w ciągu 30 dni od terminów, o których mowa § 8 ust. 1.

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

**§ 11.** Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest przez Gminę Łobez.

**§ 12.** Traci moc uchwała Nr XVII/94/07 Rady Miejskiej w Łobzie z dnia 30 listopada 2007 r. w sprawie ustalenia rodzajów świadczeń oraz warunków i sposobu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej (Dz. Urz. Woj. Zachodniopom. z 2008 r. Nr 4, poz. 116).

**§ 13.** Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Łobza.

**§ 14.** Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia jej ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Zachodniopomorskiego.

Przewodniczący Rady Miejskiej  
**Bogdan Górecki**

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr XXX/232/2017  
Rady Miejskiej w Łobzie  
z dnia 27 kwietnia 2017 r.

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

### Uzasadnienie

#### Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

Status wnioskodawcy .....

*(nauczyciel, emeryt, rencista)*

Szkoła w której nauczyciel był lub jest zatrudniony

.....

***Dane pełnomocnika bądź opiekuna (wypełnić w przypadku, gdy wniosek składa pełnomocnik bądź opiekun nauczyciela):***

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*(Uzasadnienie powinno zawierać m.in. informacje dotyczące poniesionych przez nauczyciela kosztów korzystania z opieki zdrowotnej, w szczególności specjalistycznych usług medycznych, zakupu lekarstw, sprzętu medycznego lub ortopedycznego, rehabilitacji zdrowotnej, korzystania z lecznictwa uzdrowiskowego.)*

#### **W załączeniu do wniosku przedkładam:**

- 1) zaświadczenie lekarskie,

- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (*w szczególności faktury lub rachunki za leczenie, badania specjalistyczne, zabiegi, zakup lekarstw, protez, sprzętu rehabilitacyjnego*),
- 3) dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.
- 4) inne (*np. pełnomocnictwo*) .....

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że:

- 1) średnia wysokość dochodów (netto\*) na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną wynosi: ..... zł., słownie .....
- 2) liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ..... osób,

2. Oświadczam, że koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia nie były refundowane z innych źródeł.

3. Oświadczam, 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 jego zaopiniowania i przyznania świadczenia.

W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej w formie zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli proszę o wpłatę środków na:

numer osobistego rachunku bankowego:

.....

nazwa banku:

.....

\* *Dochód netto tj. dochód pomniejszony o składki na ubezpieczenie zdrowotne, społeczne oraz zaliczki na podatek dochodowy. Do dochodu tego wlicza się wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę, umowy zlecenia i o dzieło, wynagrodzenia za pracę dorywczą, świadczenia rodzinne i pielęgnacyjne, renty, emerytury, alimenty, zasiłki dla bezrobotnych, dochody z pozarolniczej działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego, świadczenia z pomocy społecznej (zasiłki stałe i okresowe), dochody z majątku rodziny (czynsze najmu i dzierżawy).*

*data i podpis wnioskodawcy:* .....