



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

Poznań, dnia 7 grudnia 2016 r.

Poz. 7745

UCHWAŁA NR XXVI/176/2016 RADY MIEJSKIEJ KSIĄŻ WIELKOPOLSKI

z dnia 14 listopada 2016 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 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r., poz. 446 ze zm.) oraz art. 72 ust. 1, w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2016 r. poz. 1379 ze zm.) Rada Miejska w Książu Wlkp. uchwala, co następuje:

§ 1. 1. Dla realizacji celu określonego w art. 72 ust. 1 ustawy - Karta Nauczyciela w budżecie Gminy Książ Wlkp. zabezpiecza się środki finansowe na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach prowadzonych przez Gminę Książ Wlkp.

2. Ilekroć w uchwale jest mowa o szkole - należy przez to rozumieć jednostki organizacyjne wymienione w art.1 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela, dla których organem prowadzącym jest Gmina Książ Wlkp.

§ 2. 1. Wysokość środków finansowych, o których mowa w §1 ust.1 określa corocznie Rada Miejska w Książu Wlkp. w uchwale budżetowej.

2. Środki finansowe, o których mowa w §1 ust.1 wyodrębnia się na każdy rok budżetowy w planach finansowych szkół.

§ 3. 1. Nauczycielami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej są:

- 1) nauczyciele zatrudnieni w szkołach, w co najmniej połowie obowiązującego wymiaru godzin;
- 2) nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę lub pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, dla których szkoła prowadzona przez Gminę Książ Wlkp. była ostatnim miejscem zatrudnienia.

2. Środki finansowe, o których mowa w §1 ust.1 przeznacza się dla nauczycieli, którzy są:

- 1) przewlekłe chorzy lub ulegli wypadkowi albo przebyli operację;
- 2) po długotrwałym leczeniu szpitalnym z koniecznością dalszego leczenia w domu;
- 3) objęci długotrwałym leczeniem specjalistycznym lub długotrwałą rehabilitacją.

3. Nauczyciel może korzystać ze świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej tylko w jednej szkole.

§ 4. W ramach pomocy zdrowotnej, o której mowa w §1 ust.1 mogą być realizowane, w całości lub w części, następujące rodzaje świadczeń:

- 1) zwrot kosztów zakupu leków oraz materiałów opatrunkowych;

- 2) zwrot kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego (nie częściej niż raz na trzy lata);
- 3) dopłata do leczenia sanatoryjnego;
- 4) zwrot kosztów za leczenie rehabilitacyjne oraz usługi opiekuńczo pielęgniarские;
- 5) zwrot kosztów poniesionych z tytułu odpłatnej wizyty u lekarza specjalisty;
- 6) dopłata do nier refundowanych ze środków ubezpieczenia specjalistycznych badań oraz zabiegów medycznych, które nie są zawarte w wykazie świadczeń gwarantowanych Ministerstwa Zdrowia.

§ 5. 1. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie świadczenia pieniężnego i może być przyznana, z zastrzeżeniem § 4 pkt 2 jeden raz w ciągu roku kalendarzowego.

2. Wysokość jednorazowego świadczenia pieniężnego nie może przekroczyć 100% minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie odrębnych przepisów.

3. Wysokość przyznanego jednorazowego świadczenia pieniężnego uzależniona jest od:

- 1) wysokości poniesionych przez nauczyciela kosztów z tytułu korzystania ze świadczeń medycznych, o których mowa w §3 ust.2;
- 2) sytuacji materialnej i rodzinnej nauczyciela;
- 3) określonych w budżecie Gminy Książ Wlkp. środków finansowych na ten cel; liczby złożonych w roku budżetowym wniosków.

§ 6. 1. Pomoc zdrowotna udzielana jest na podstawie pisemnego wniosku złożonego do Burmistrza Książa Wlkp. według wzoru określonego w załączniku do niniejszej uchwały.

2. W przypadku niemożności osobistego podjęcia czynności przez nauczyciela, wniosek może złożyć inna, upoważniona pisemnie przez nauczyciela, osoba.

3. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę lub dokumenty potwierdzające pobyt w szpitalu (nie starsze niż 3 miesiące od daty złożenia wniosku);
- 2) imienne rachunki lub faktury potwierdzające poniesione koszty leczenia;
- 3) zaświadczenie o ostatnim miejscu zatrudnienia (dotyczy emerytów i rencistów).

4. Wnioski wraz z załącznikami należy składać w terminie od 1 do 31 stycznia danego roku, w którym ma być wypłacone jednorazowe świadczenie pieniężne, w Sekretariacie Urzędu Miejskiego w Książu Wlkp.

5. W przypadku stwierdzenia braków formalnych wniosku, Burmistrz Książa Wlkp. wzywa wnioskodawcę do ich usunięcia w terminie 7 dni. W przypadku nieusunięcia braków formalnych w wyznaczonym terminie, wniosek pozostawia się bez rozpoznania, zawiadamiając o tym pisemnie wnioskodawcę.

6. Wniosek pozostawia się bez rozpoznania, zawiadamiając o tym pisemnie wnioskodawcę, również w przypadku:

- 1) złożenia wniosku po terminie;
- 2) rezygnacji wnioskodawcy z wystąpienia o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

§ 7. 1. O przyznaniu i wysokości jednorazowego świadczenia pieniężnego dla nauczycieli lub odmowie jego przyznania decyduje Burmistrz Książa Wlkp. w terminie 30 dni od dnia upływu terminu składania wniosków.

2. O decyzji Burmistrz Książa Wlkp. informuje wnioskodawcę na piśmie.

3. Od decyzji Burmistrza Książa Wlkp. w sprawie przyznania lub nieprzyznania jednorazowego świadczenia zdrowotnego, nie przysługuje odwołanie.

§ 8. Traci moc uchwała Rady Miejskiej w Książu Wlkp. Nr X/51/2015 z dnia 29 czerwca 2015 r. w sprawie rodzajów, warunków i sposobów przyznawania nauczycielom świadczeń pomocy zdrowotnej (Dz. Urz. Woj. Wlkp. z 2015 r. poz. 4435).

§ 9. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Książa Wlkp.

- § 10.** 1. Uchwała podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Wielkopolskiego.
2. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Przewodniczący Rady
(-) Sławomir Przybylski

Załącznik do Uchwały Nr XXVI/176/2016
Rady Miejskiej w Książu Wlkp.
z dnia 14 listopada 2016r.

.....
(miejscowość i data)

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

I. DANE OSOBOWE NAUCZYCIELA

1) Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o pomoc zdrowotną:

.....

2) Adres zamieszkania:

.....

3) Telefon kontaktowy (podanie jest nieobowiązkowe):

.....

II. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA NAUCZYCIELA

1) Status nauczyciela na dzień złożenia wniosku*:

- czynny zawodowo
- rencista/ emeryt
- pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

2) Miejsce zatrudnienia/ ostatnie miejsce zatrudnienia (dotyczy emerytów i rencistów):

.....

3) Wymiar etatu (wypełnia nauczyciel czynny zawodowo):

.....

4) Uzasadnienie przyznania pomocy zdrowotnej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. OŚWIADCZENIE O SYTUACJI MATERIALNEJ NAUCZYCIELA

Lp.	Określenie rodzaju dochodu i członków rodziny nauczyciela, których dochód dotyczy	Liczba osób/ wysokość dochodu** netto (w zł)
1.	Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)	
2.	Dochód nauczyciela netto ubiegającego się o pomoc zdrowotną z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	
3.	Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny netto pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	
4.	Łączny dochód rodziny netto uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (poz.2+poz. 3)	
5.	Średni miesięczny dochód netto przypadający na jednego członka rodziny (poz.4 podzielona przez liczbę z poz. 1/ podzielone przez 3 miesiące)	

**wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszelkie zasiłki (rodzinny, pielęgnacyjny, z opieki społecznej, PUP), dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz dochody wynikające ze stosunku pracy, w tym umowy o dzieło, umowy zlecenia, renty, emerytury, świadczenie kompensacyjne)

Ostatni raz z pomocy z pomocy zdrowotnej korzystałem/am w roku

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

Do wniosku załączam następujące dokumenty*:

- 1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę lub dokumenty potwierdzające pobyt w szpitalu (nie starsze niż trzy miesiące od daty złożenia wniosku);
- 2) imienne rachunki lub faktury potwierdzające poniesione koszty leczenia;
- 3) zaświadczenie o ostatnim miejscu zatrudnienia (dotyczy emerytów i rencistów),
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie świadczenia

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) w zakresie niezbędnym do jego rozpatrzenia, zaopiniowania i przyznania świadczenia.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

*właściwe podkreślić

IV. DECYZJA Burmistrza Książa Wlkp. w sprawie przyznania świadczenia

Przyznaję* Pani(u)
świadczenie w ramach pomocy społecznej, w wysokości:
(słownie:)

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

*właściwe podkreślić

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Burmistrza)