



DZIENNIK URZĘDOWY WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

Katowice, dnia 26 kwietnia 2017 r.

Poz. 2802

UCHWAŁA NR 364/XXXV/2017 RADY MIEJSKIEJ W LUBLIŃCU

z dnia 20 kwietnia 2017 r.

w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, zatrudnionych w szkołach prowadzonych przez Gminę Lubliniec oraz warunków i sposobów ich przyznawania

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15, art. 40 ust. 1, art. 41 ust. 1 i art. 42 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r., poz. 446 z późn. zm.) oraz art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2016 r., poz. 1379 z późn. zm.), po przeprowadzeniu konsultacji z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. 2016 r. poz. 1817 ze zm.) oraz po uzyskaniu opinii związków zawodowych **Rada Miejska w Lublińcu uchwala, co następuje:**

§ 1. Określa się rodzaj świadczeń oraz warunki i sposoby ich przyznawania w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, zatrudnionych w szkołach i przedszkolach prowadzonych przez Gminę Lubliniec.

§ 2. 1. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określa corocznie Rada Miejska w Lublińcu w uchwale budżetowej.

2. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie bezzwrotnego zasiłku pieniężnego.

§ 3. 1. Do złożenia wniosku uprawniony jest nauczyciel ubiegający się o przyznanie pomocy zdrowotnej lub upoważniona przez niego osoba.

§ 4. 1. Pomoc zdrowotna może być przyznana raz w roku kalendarzowym. W szczególnie uzasadnionych przypadkach pomoc zdrowotna może zostać przyznana dwa razy w roku, jednak łączna kwota przyznanej pomocy zdrowotnej w roku kalendarzowym nie może być wyższa niż 1.000 zł.

2. Nauczyciel, aby uzyskać pomoc zdrowotną składa następujące dokumenty:

- 1) wniosek o pomoc zdrowotną (wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały);
- 2) oryginał zaświadczenia lekarskiego potwierdzający stan chorobowy nauczyciela lub konieczność leczenia choroby przewlekłej, lub zaświadczenie lekarza o konieczności leczenia poszpitalnego prowadzonego w domu lub konieczności zapewnienia choremu dodatkowej opieki specjalistycznej, wydane w okresie do 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.
- 3) oświadczenie o dochodach nauczyciela oraz pozostałych członków rodziny ze wszystkich źródeł z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (wzór oświadczenia o dochodach stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały);
- 4) oryginał rachunków lub faktur potwierdzających wydatki, opisane w § 7 niniejszej uchwały, poniesione w okresie do 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

5) oświadczenie o sposobie wypłaty otrzymanego świadczenia (wzór oświadczenia o sposobie wypłaty stanowi załącznik nr 3 do niniejszej uchwały);

3. Dokumenty dotyczące przyznania pomocy zdrowotnej wnioskodawca składa w Urzędzie Miejskim w Lublińcu, ul. Paderewskiego 5.

§ 5. 1. Pracownicy Zespołu ds. Edukacji, Zdrowia i Pomocy Społecznej Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego w Lublińcu, dokonują analizy złożonych wniosków i przedstawiają zbiorczą informację w tym zakresie Burmistrzowi Miasta Lublińca.

2. Rozstrzygnięcie co do przyznania pomocy oraz jej wysokość podejmuje Burmistrz Miasta Lublińca po zapoznaniu się ze zgromadzoną dokumentacją wnioskodawców, nie rzadziej jednak niż raz na kwartał.

§ 6. 1. Przy rozpatrywaniu wniosków nauczycieli o udzielenie pomocy zdrowotnej bierze się pod uwagę:

- 1) sytuację finansową rodziny – na podstawie oświadczenia o dochodach nauczyciela oraz pozostałych członków rodziny;
- 2) sytuację zdrowotną nauczyciela, w szczególności:
 - a) długotrwałe zwolnienie lekarskie – trwające dłużej niż 30 dni;
 - b) długotrwałe leczenie szpitalne – trwające dłużej niż 7 dni;
 - c) leczenie poszpitalne prowadzone w domu lub leczenie choroby przewlekłej – na podstawie zaświadczenia lekarza prowadzącego;
 - d) konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki specjalistycznej – na podstawie zaświadczenia lekarza prowadzącego;
- 3) koszty poniesione na leczenie lub rehabilitację – na podstawie przedstawionych rachunków na wydatki opisane w § 7 niniejszej uchwały.

§ 7. 1. Pomoc zdrowotna dla nauczycieli przyznawana jest jednorazowo, jako refundacja wydatków udokumentowanych rachunkami lub fakturami, a poniesionych na:

- 1) zakup leków w wysokości do 80% poniesionych kosztów – nie więcej niż 800 zł;
- 2) zakup sprzętu korekcyjnego:
 - a) okularów – nie więcej niż 600 zł;
 - b) protez zębowych – nie więcej niż 500 zł;
 - c) aparatu słuchowego – nie więcej niż 600 zł;
 - d) lub innych – nie więcej niż 400 zł;
- 3) zakup lub naprawę sprzętu rehabilitacyjnego, sprzętu ortopedycznego lub urządzeń niezbędnych w rehabilitacji:
 - a) gorsetu podtrzymującego – nie więcej niż 250 zł;
 - b) kołnierza usztywniającego – nie więcej niż 300 zł;
 - c) kul ortopedycznych – nie więcej niż 100 zł;
 - d) wózka inwalidzkiego – nie więcej niż 1.000 zł;
 - e) lub innych – nie więcej niż 400 zł;
- 4) koszty rehabilitacji poniesione w związku z chorobami innymi niż wymienione w ust. 2 – nie więcej niż 300,00 zł.
- 5) koszty leczenia specjalistycznego – nie więcej niż 500 zł;
- 6) dofinansowanie do zabiegów medycznych – nie więcej niż 500 zł;
- 7) wykonanie specjalistycznych badań diagnostycznych – nie więcej niż 500 zł.

2. W przypadku chorób zawodowych lub leczenia onkologicznego nauczyciel może uzyskać pomoc jako refundację wydatków udokumentowanych rachunkami lub fakturami, a poniesionych na:

- 1) pokrycie kosztów wykonania badań wyskospecjalistycznych w wysokości do 50% poniesionych kosztów – nie więcej niż 400 zł;
- 2) pokrycie kosztów zabiegów rehabilitacyjnych w trakcie trwania rekonwalescencji poszpitalnej w wysokości 50% poniesionych kosztów – nie więcej niż 500 zł;
- 3) pokrycie kosztów pobytu na turnusie rehabilitacyjnym lub kosztów pobytu na leczeniu w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej w wysokości do 50% poniesionych kosztów – nie więcej niż 500 zł;
- 4) pokrycie kosztów dojazdów środkami transportu publicznego lub prywatnym samochodem osobowym na zabiegi specjalistyczne lub do zakładu lecznictwa uzdrowiskowego w wysokości do 50% poniesionych kosztów – nie więcej niż 400 zł;
- 5) W przypadku użycia prywatnego samochodu osobowego pokrycie kosztów przejazdu może nastąpić w wysokości nieprzekraczającej 50% ceny biletu PKS lub PKP II klasy wg obowiązującego cennika na podstawie oświadczenia, stanowiącego załącznik nr 4 do niniejszej uchwały.

§ 8. 1. Środki funduszu niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.

2. Wypłatę zasiłków pieniężnych, zgodnie z oświadczeniem wnioskodawcy realizuje Urząd Miejski w Lublińcu, w terminie do 21 dni po otrzymaniu stosownego rozstrzygnięcia Burmistrza Miasta Lublińca,.

§ 9. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Lublińca.

§ 10. Uchwała podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego i wchodzi w życie po upływie 14 dni od jej ogłoszenia.

Przewodniczący Rady Miejskiej

Gabriel Podbiol

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr 364/XXXV/2017
Rady Miejskiej w Lublińcu
z dnia 20 kwietnia 2017 r.

Burmistrz Miasta Lublińca
ul. Paderewskiego 5
42-700 Lubliniec

WNIOSEK O POMOC ZDROWOTNA

Imię i nazwisko nauczyciela

Adres zamieszkania:

telefon:

Nazwa i adres szkoły

.....

stanowisko*

tygodniowy wymiar zajęć dydaktycznych, opiekuńczych i
wychowawczych**

Na podstawie art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2016r. poz. 1379 z późn. zmian.) wnoszę o przyznanie pomocy zdrowotnej w formie bezzwrotnego zasiłku pieniężnego.

UZASADNIENIE WNIOSKU:

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

W załączeniu przedkładam:

- 1. Oświadczenie o dochodach w przeliczeniu na jednego członka rodziny w okresie ostatnich 3 miesięcy.
- 2. Zaświadczenie lekarskie (wydane w okresie do 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku).
- 3. Faktury lub rachunki potwierdzające poniesione koszty na leczenie lub rehabilitację (oryginały dokumentów za poniesione wydatki w okresie do 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku).
- 4. Oświadczenie o sposobie wypłaty otrzymanego świadczenia.

.....

Lubliniec, dnia.....

.....
podpis

* wpisać jedno z podanych: nauczyciel, emeryt, rencista,
** dotyczy tylko nauczycieli aktualnie zatrudnionych”

Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr 364/XXXV/2017
Rady Miejskiej w Lublińcu
z dnia 20 kwietnia 2017 r.

.....
(imię i nazwisko osoby ubiegającej się o pomoc zdrowotną)

.....
(stanowisko)*

.....
(miejsce pracy)

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

za okres.....

Oświadczam, że dochód w mojej rodzinie jest sumą dochodów następujących osób:

L. p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wysokość dochodów netto	Uwagi
	wnioskodawca:	_____		
Łączny dochód wszystkich członków rodziny:				

Średni dochód na jednego członka rodziny miesięcznie wynosi:.....

Lubliniec, dnia

.....
(podpis wnioskodawcy)

*wpisać jedno z podanych: nauczyciel, emeryt, rencista.

Załącznik Nr 3 do Uchwały Nr 364/XXXV/2017
Rady Miejskiej w Lublińcu
z dnia 20 kwietnia 2017 r.

Lubliniec, dnia.....

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

Oświadczenie

Proszę o wypłacenie przyznanego świadczenia w n/w sposób:

- gotówką w kasie Urzędu Miejskiego w Lublińcu,
- przelewem na osobiste konto bankowe wpisane poniżej:

..... _ _ _ _ _

.....
(podpis wnioskodawcy)

* wstawić znak „X” we właściwej kratce”

Załącznik Nr 4 do Uchwały Nr 364/XXXV/2017
Rady Miejskiej w Lublińcu
z dnia 20 kwietnia 2017 r.

.....
(imię i nazwisko osoby ubiegającej się o pomoc zdrowotną)

.....
(stanowisko)*

.....
(miejsce pracy)

OŚWIADCZENIE O WYKORZYSTANIU PRYWATNEGO SAMOCHODU OSOBOWEGO

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że korzystałem/am z prywatnego samochodu osobowego w celu dojazdu na zabiegi specjalistyczne/do zakładu leczenia uzdrowiskowego **

Nr kolejny wpisu	Data wyjazdu	Opis trasy (skąd-dokąd)	Cel wyjazdu***	Cena biletu PKS, lub PKP II klasy.	Nr rejestracyjny pojazdu

Lubliniec, dnia

.....
(podpis wnioskodawcy)

* wpisać jedno z podanych: nauczyciel, emeryt, rencista.

** niepotrzebne skreślić

*** wpisać jedno z podanych: dojazd na zabiegi specjalistyczne w (nazwa ZOZ), dojazd do zakładu leczenia uzdrowiskowego