

UCHWAŁA NR XXXIX/204/2018
RADY GMINY ZWIERZYN

z dnia 28 lutego 2018 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 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2017r. poz. 1875r. ze zmianami: Dz.U. z 2017r. po z. 2232; Dz.U. z 2018r. poz. 130) oraz art. 72 ust. 1 i art. 91d pkt. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela (Dz.U. z 2017r. poz. 1189 ze zmianami. w 2017r. poz. 60; Dz.U. z 2018r. poz. 2202) Rada Gminy w Zwierzynie uchwala, co następuje:

§ 1. Gmina Zwierzyn przeznaczy corocznie w budżecie środki finansowe w wysokości 0,5% środków na wynagrodzenie osobowe nauczycieli z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

§ 2. Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania w „Regulaminie przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli”, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy.

§ 4. Traci moc Uchwała Nr XXXVII/192/2017 z dnia 28 grudnia 2017r. w sprawie świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania

§ 5. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Lubuskiego.

Przewodniczący Rady Gminy
Zwierzyn

Mirosław Gniewczyński

**REGULAMIN
przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli**

§ 1. Świadczenia przyznawane są nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej w związku z:

- 1) zwiększonymi kosztami leczenia spowodowanymi ciężką lub przewlekłą chorobą,
- 2) korzystaniem z pomocy specjalistycznej, w tym specjalistycznych badań,
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu,
- 4) długotrwałą rehabilitacją, w tym związaną z chorobami zawodowymi i powypadkową,
- 5) koniecznością zakupu leków, zaleconych przez lekarza związanych z procesem leczenia,
- 6) konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego (zakup szkieł korekcyjnych, aparatu słuchowego, elementów protetyki stomatologicznej itp.), nie częściej niż raz na trzy lata.

§ 2. 1. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

2. Wnioski w sprawie udzielenia świadczenia pieniężnego należy składać w terminach do 5 marca, do 5 listopada danego roku kalendarzowego,

3. Pomocy zdrowotnej jest przeznaczana w oparciu o złożony przez nauczyciela wniosku o pomoc zdrowotną, będący załącznikiem nr 1 do niniejszego Regulaminu.

§ 3. Do wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężką, przewlekłą chorobę, konieczność przyjmowania leków zaleconych przez lekarza związanych z procesem leczenia lub konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego.
- 2) rachunki potwierdzające poniesione koszty związane ze specjalistycznym leczeniem, zakupem leków, sprzętu medycznego, korzystaniem z usług rehabilitacyjnych,
- 3) oświadczenie (dotyczące ostatnich trzech miesięcy poprzedzających termin złożenia wniosku) o średniej miesięcznej wysokości dochodów brutto, przypadającego na osobę pozostającą z nauczycielem we wspólnym gospodarstwie domowym, lub osobę samotnie zamieszkującą, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

§ 4. Wysokość przyznanego świadczenia pieniężnego uzależniona jest od:

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

Załącznik Nr 1 do Regulaminu przyznawania pomocy
zdrowotnej dla nauczycieli (Uchwała Nr XXXIX/.../2018 Rady
Gminy Zwierzyn z dnia 28 lutego 2018r.)

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO
NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELA**

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

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

2. Uzasadnienie:

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

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

Imię i nazwisko

Numer rachunku

4. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela:

a) Nazwa i adres szkoły/ przedszkola, w której nauczyciel jest zatrudniony:

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

b) wymiar etatu- wypełnia nauczyciel czynny zawodowo:

c) Status nauczyciela w chwili składania wniosku:

czynny zawodowo,

renta/emerytura,

nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

5. **DECYZJA w sprawie przyznania świadczenia**

.....
.....

6. **Wysokość przyznanego świadczenia pieniężnego**

.....słownie.....

Data i podpis

OŚWIADCZENIE

o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela

Nazwisko i imię nauczyciela

.....

Adres

.....

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

Oświadczenie o dochodach:

Lp.	Określenie rodzaju dochodu i członków rodziny nauczyciela, których dochód dotyczy	Wysokość dochodu* brutto (w zł)
1	Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowych)	
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 trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (poz. 2+ poz. 3)	
5	Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny (poz. 4 : poz. 1 podzielony przez 3)	

*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 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną

Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)