

UCHWAŁA NR XLVIII/490/2017
RADY GMINY SZCZECINEK
z dnia 30 października 2017 r.

w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, nauczycieli emerytów i rencistów oraz warunków i sposobu ich przyznawania

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1875) oraz art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d pkt. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2017 r. poz. 1189) Rada Gminy Szczecinek 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 Szczecinek.

§ 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 Szczecinek;
- 2) szkole - należy rozumieć przez to szkoły lub przedszkole, dla których organem prowadzącym jest Gmina Szczecinek;
- 3) Wójcie - należy przez to rozumieć Wójta Gminy Szczecinek;
- 4) pełnomocniku – należy przez to rozumieć osobę upoważnioną do dokonywania czynności w imieniu uprawnionego.

§ 4. 1. Fundusz zdrowotny tworzą środki finansowe w wysokości 0,3 % wynagrodzeń nauczycieli wyodrębnione corocznie w budżecie Gminy Szczecinek, z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

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

§ 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 w wysokości od 25 % do 100 % minimalnego miesięcznego wynagrodzenia za pracę w danym roku kalendarzowym.

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.

§ 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 mianowani do 2019 roku po wprowadzeniu reformy oświaty;
- 3) 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 Szczecinek jest organem prowadzącym.

§ 8. 1. Uprawnionymi do złożenia wniosku są:

- 1) nauczyciel,
- 2) nauczyciel emeryt lub rencista,
- 3) pełnomocnik.

2. Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie wniosku w terminie do 31 maja lub do 30 listopada danego roku o przyznanie pomocy zdrowotnej, którego wzór stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

3. 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.

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

§ 9. Wniosek o przyznanie świadczenia, uprawniony składa do Wójta.

§ 10. 1. Pomoc zdrowotna dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej udzielana jest do 15 czerwca i do 15 grudnia danego roku kalendarzowego.

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

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

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

§ 11. Wypłata świadczenia przyznanego uprawnionemu w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest przez Gminę Szczecinek.

§ 12. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do otrzymania pomocy, a rozpatrzenie złożonego przez uprawnionego wniosku nie ma charakteru decyzji administracyjnej i nie stosuje się trybu odwoławczego.

§ 13. Traci moc uchwała Nr V/33/2007 Rady Gminy Szczecinek z dnia 22 lutego 2007 r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, nauczycieli emerytów i rencistów oraz warunków i sposobu przyznawania. (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego z 2007 r. Nr 39, poz. 562).

§ 14. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Szczecinek.

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

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 w 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:

.....