



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

Poznań, dnia 14 lutego 2019 r.

Poz. 1762

UCHWAŁA NR IV/34/19 RADY MIEJSKIEJ KOŚCIANA

z dnia 7 lutego 2019 r.

w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych nauczycielom ze środków wyodrębnionych na pomoc zdrowotną oraz warunków i sposobu ich przyznawania

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 r. poz. 994, poz. 1000, poz. 1349, poz. 1432, poz. 2500) art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91b ust. 1 i art. 91d pkt. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2018 r. poz. 967, poz. 2203, poz. 2245) uchwala się, co następuje:

§ 1. Ilekroć w uchwale jest mowa o:

- 1) szkole – należy przez to rozumieć także przedszkole lub oddział przedszkolny w szkole podstawowej, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejska Kościan,
- 2) nauczycielach – należy przez to rozumieć nauczycieli zatrudnionych w jednostkach, o których mowa w pkt. 1, w wymiarze co najmniej połowy obowiązującego wymiaru godzin, a także nauczycieli pobierających emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne.

§ 2. 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest nauczycielowi w związku z:

- 1) ciężką lub przewlekłą chorobą, wymagającą stałych konsultacji lekarskich i stałego przyjmowania leków;
- 2) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,
- 3) długotrwałą rehabilitacją związaną z chorobą lub wypadkiem,
- 4) leczeniem szpitalnym połączonym z koniecznością dalszego leczenia w domu.

2. Świadczenie przyznawane w ramach pomocy zdrowotnej obejmuje refundację całości lub części poniesionych przez nauczyciela kosztów:

- a) leczenia w innej miejscowości,
- b) specjalistycznego leczenia, w tym korzystania z konsultacji lekarza specjalisty, wykonania na podstawie skierowania specjalistycznych badań diagnostycznych lub zabiegów medycznych,
- c) zakupu leków zleconych przez lekarza związanych z procesem leczenia,
- d) zakupu protez, sprzętu rehabilitacyjnego lub niezbędnych wyrobów medycznych zleconych przez lekarza.

§ 3. 1. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w formie zasiłku pieniężnego raz w roku budżetowym. W szczególnie uzasadnionych przypadkach dotyczących nieszczęśliwego wypadku lub nieuleczalnej choroby nauczycielowi może być przyznana pomoc dwukrotnie w ciągu roku.

2. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) rodzaju i przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, biorąc pod uwagę sytuację materialną nauczyciela,
- 2) wysokości poniesionych przez nauczyciela udokumentowanych kosztów, o których mowa w § 2 ust. 2,
- 3) wysokości środków zaplanowanych na ten cel w budżecie Gminy Miejskiej Kościan.

§ 4. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie wniosku przez nauczyciela lub osobę przez niego upoważnioną. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

2. Do wniosku należy załączyć:

- 1) dokumenty w postaci faktur lub rachunków wystawionych na nauczyciela, potwierdzające poniesione wydatki w okresie sześciu miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku,
- 2) aktualne zaświadczenie lekarza potwierdzające leczenie specjalistyczne lub długotrwałą chorobę,
- 3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela (wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały),
- 4) upoważnienie osoby, wydane przez nauczyciela, do złożenia w jego imieniu wniosku, w sytuacji gdy stan zdrowia mu na to nie pozwala.

§ 5. 1. Wniosek, o którym mowa w § 4 nauczyciel składa do Burmistrza Miasta Kościana w terminie do dnia 31 maja lub/i do dnia 30 listopada każdego roku.

2. Przyznanie zasiłku pieniężnego lub jego odmowa następuje w formie pisemnej. Odmowa przyznania zasiłku wymaga uzasadnienia.

3. Przyznany zasiłek pieniężny wypłacany jest na konto bankowe nauczyciela wskazane we wniosku.

§ 6. Traci moc uchwała Nr XIX/189/12 Rady Miejskiej Kościana z dnia 29 listopada 2012 r. w sprawie rodzajów świadczeń przyznawanych nauczycielom ze środków wyodrębnionych na pomoc zdrowotną oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

§ 7. Uchwała podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Wielkopolskiego i wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Przewodniczący Rady
(-) Maciej Zielonka

Załącznik Nr 1
do Uchwały Nr IV/34/19
Rady Miejskiej Kościana
z dnia 7 lutego 2019 r

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy.....

Status wnioskodawcy:

- czynny nauczyciel zatrudniony w wymiarze co najmniej ½ obowiązkowego wymiaru zajęć
- emeryt
- rencista
- nauczyciel pobierający świadczenie kompensacyjne

Nazwa szkoły, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony:

.....

Numer rachunku bankowego wnioskodawcy:

.....

Uzasadnienie:

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

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

Dokumenty załączone do wniosku:

- 1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (*faktury lub rachunki za leczenie, badania specjalistyczne, zabiegi, zakup lekarstw, protez, sprzętu rehabilitacyjnego*),
- 3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny wnioskującego,
- 4) inne (*np. upoważnienie*).....
.....

Oświadczam, że przedstawione przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Decyzja o przyznaniu bądź o odmowie przyznania świadczenia:

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

.....
(data)

.....
(podpis)

OŚWIADCZENIE O SYTUACJI MATERIALNEJ RODZINY WNIOSKUJĄCEGO

Imię nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Niniejsze oświadczenie o dochodach składam w celu przyznania mi świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej przyznawanej nauczycielom:

Lp.	Osoby w rodzinie/rodzaj dochodu	Liczba osób/wysokość dochodu brutto*
1.	Liczba osób w rodzinie (dotyczy wszystkich członków rodziny prowadzących wspólne gospodarstwo domowe)	
2.	Dochód nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną, z ostatnich 3 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) : 3 miesiące]	

*wysokość dochodu ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się wszystkie zasiłki, w tym zasiłek rodzinny, 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 trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)