

Uchwała Nr 47/5/VII/07
Rady Miejskiej w Iłowej
z dnia 26 kwietnia 2007 r.

w sprawie zasad udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest gmina Iłowa

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2001r. Nr 142, poz. 1591 z późn. zm.) oraz art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (tekst jednolity Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674 z późn. zm.), **po uzgodnieniu ze związkami zawodowymi**, uchwala się co następuje:

§ 1. Ilekroć w treści uchwały jest mowa bez bliższego określenia o:

- 1) **szkole** - należy przez to rozumieć przedszkole lub szkołę dla której organem prowadzącym jest gmina Iłowa,
- 2) **nauczycielu** – należy przez to rozumieć nauczyciela, dyrektora i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w szkołach,

§ 2. 1. Ustala się zasady udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli czynnych zawodowo oraz emerytów i rencistów przechodzących na emeryturę lub rentę ze szkół, związanej z długotrwałą chorobą lub leczeniem.

2. Pomoc zdrowotną mogą otrzymać nauczyciele, którzy:

- 1) leczą się w poradni onkologicznej,
- 2) leczą się w poradni specjalistycznej na przewlekłe choroby: kardiologiczne, neurologiczne, laryngologiczne, układu oddechowego, stomatologiczne, narządów ruchu, choroby wewnętrzne, ginekologiczne, reumatologiczne i inne choroby przewlekłe,
- 3) w wyniku zabiegów operacyjnych utracili narządy wewnętrzne lub zewnętrzne,
- 4) w czasie rekonwalescencji wymagają wysokokalorycznej diety,
- 5) leczą się długotrwale w poradni lub gabinecie stomatologicznym,
- 6) odbyli co najmniej 2 - tygodniowe leczenie szpitalne,
- 7) przebyli choroby okresowe trwające co najmniej 30 dni,
- 8) korzystają z leczenia specjalistycznego poza miejscem zamieszkania (z uwagi na brak specjalistów w miejscu zamieszkania).

§ 3. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli planowane są corocznie w budżecie gminy w wysokości 0,3% planowanych wynagrodzeń nauczycieli czynnych zawodowo oraz dyrektorów.

§ 4. Środki na pomoc zdrowotną zgromadzone zostaną w działach klasyfikacji budżetowej odrębnie dla każdej ze szkół.

§ 6. 1. Pomoc zdrowotna udzielana jest na podstawie wniosku złożonego przez zainteresowaną osobę.

2. Wnioski składa się u dyrektora szkoły, na druku stanowiącym załącznik do uchwały.

3. Do wniosku o pomoc zdrowotną należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie od lekarza leczącego lub wypis ze szpitala potwierdzające długotrwałą chorobę lub leczenie,
- 2) faktury potwierdzające fakt poniesionych kosztów leczenia,
- 3) zaświadczenia o dochodach członków rodziny.

§ 8. 1. Wnioski rozpatruje komisja powołana odrębnie w każdej szkole, w skład której wchodzi dyrektor szkoły (lub jego zastępca), po jednym przedstawicielu organizacji związkowych działających na terenie szkoły oraz przedstawiciel Gminnego Zespołu Ekonomiczno-Administracyjnego Szkół w Iłowej z ramienia organu prowadzącego.

2. Wnioski rozpatruje się raz na kwartał w ostatnim miesiącu danego kwartału.

3. Wysokość przyznanej refundacji uzależniona jest od dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny miesięcznie na podstawie osiągniętego dochodu z trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku.

4. Za członka rodziny, o którym mowa w ust. 3, uważa się:

- 1) nauczyciela wnioskodawcę,
- 2) małżonka,
- 3) rodziców nauczyciela wnioskodawcy, którzy nieposiadają własnego źródła dochodów,
- 4) pozostające na utrzymaniu nauczyciela lub nauczyciela i jego małżonka dzieci w wieku do 18 lat,
- 5) pozostające na utrzymaniu nauczyciela lub nauczyciela i jego małżonka dzieci uczęszczające do szkoły ponadgimnazjalnej, nie dłużej jednak niż do ukończenia 21 roku życia; w przypadku dzieci kończących szkołę ponadgimnazjalną okres uprawniający do otrzymania na tą osobę dodatku kończy się z dniem 30 września roku ukończenia szkoły,
- 6) pozostające na utrzymaniu nauczyciela lub nauczyciela i jego małżonka niepracujące dzieci będące studentami, do czasu ukończenia studiów wyższych, nie dłużej jednak niż do ukończenia 26 roku życia,
- 7) pozostające na utrzymaniu nauczyciela lub nauczyciela i jego małżonka dzieci niepełnosprawne nieposiadające własnego źródła dochodów.

§ 9. 1. Wysokość pomocy związanej z długotrwałą chorobą lub leczeniem realizowana jest w postaci refundacji całości lub części kosztów leczenia i wynosi:

- 1) przy dochodzie na jednego członka rodziny do 500,00 zł - do 100 % poniesionych kosztów leczenia nie więcej niż 400,00 zł w ciągu roku kalendarzowego,
- 2) przy dochodzie na jednego członka rodziny od 500,01 zł do 1000,00 zł - do 75 % kosztów leczenia nie więcej niż 300,00 zł w ciągu roku kalendarzowego,
- 3) przy dochodzie na jednego członka rodziny powyżej 1000,01 zł - do 50 % poniesionych kosztów leczenia nie więcej niż 200,00 zł rocznie.

2. Refundacji podlegają koszty poniesione przez wnioskodawcę w okresie czterech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku.
3. Wysokość jednorazowego zasiłku pieniężnego ustala komisja, o której mowa w § 8 ust. 1, w granicach określonych w ust. 1 w zależności od wysokości środków funduszu zdrowotnego oraz ilości złożonych wniosków.
4. Jeżeli wnioskodawca złoży wniosek niekompletny lub jeżeli wnioskodawca nie spełnia warunków otrzymania zasiłku, określonych w niniejszej uchwale, komisja odmawia przyznania zasiłku.

§ 10. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Iłowej.

§ 11. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

ADNOTACJE URZĘDOWE	
Data wpływu wniosku	
Numer wniosku	

Załącznik
do Uchwały Nr 47/VII/07
Rady Miejskiej w Howej
z dnia 26.04.2007 r.

DYREKTOR

.....

.....

(nazwa szkoły/przedszkola)

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

(dot. pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej ze środków finansowych Gminy Howa na podstawie art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (tekst jednolity Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674 z późn. zm.)).

Dane wnioskodawcy	
Nazwisko i imię wnioskodawcy	
Numer renty lub emerytury ¹	
Adres zamieszkania	
Miejscowość	
Ulica	
Telefon	
Adres do korespondencji ²	
Miejscowość	
Ulica	
Proszę o przyznanie refundacji poniesionych kosztów leczenia w związku z długotrwałą chorobą lub leczeniem związaną z (odpowiednie zaznaczyć):	
☐ leczeniem się w poradni onkologicznej, ☐ leczeniem się w poradni specjalistycznej na przewlekłe choroby: kardiologiczne, neurologiczne, laryngologiczne, układu oddechowego, stomatologiczne, narządów ruchu, choroby wewnętrzne, ginekologiczne, reumatologiczne i inne choroby przewlekłe, ☐ zabiegiem operacyjnym w wyniku którego utracono narządy wewnętrzne lub zewnętrzne, ☐ rekonwalescencją wymagającą wysokokalorycznej diety, ☐ długotrwałego leczenia się w poradni lub gabinecie stomatologicznym, ☐ odbyli co najmniej 2 - tygodniowe leczenie szpitalne, ☐ przebyli choroby okresowe trwające co najmniej 30 dni, ☐ korzystają z leczenia specjalistycznego poza miejscem zamieszkania (z uwagi na brak specjalistów w miejscu zamieszkania).	

¹ Wypełnić, jeżeli dotyczy wnioskodawcy

² Wypełnić gdy jest inny niż zamieszkania

na dowód powyższego załączam:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(należy podać rodzaj dowodu potwierdzającego długotrwałą chorobę lub leczenie oraz przez kogo wydane)

Wnoszę o refundację następujących kosztów związanych z długotrwałą chorobą lub leczeniem:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(należy wymienić rodzaj kosztu/ów i jego kwotę/y)

na łączną kwotę _____ złotych.

na dowód powyższego załączam:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(należy wymienić rodzaj dowodu finansowego, jego numer oraz datę wystawienia)

które załączam do niniejszego wniosku ³

³ w przypadku załączania kserokopii dowodów finansowych, powinny one być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez odpowiednią szkołę/przedszkole do której składany jest wniosek.

Sytuacja materialna rodziny nauczyciela wnioskodawcy:

1. Liczba osób w rodzinie ⁴,

2. Źródła oraz kwota miesięcznego dochodu (netto) rodziny uzyskanego w okresie trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku:

wynagrodzenia ze stosunku pracy	 zł
działalność gospodarcza wykonywana osobiście (w tym umowy o dzieło i zlecenia)	 zł
dochody z gospodarstwa rolnego	 zł
emerytura – renta, renta strukturalna	 zł
Renta socjalna	 zł
zasiłek rodzinny oraz dodatki do zasiłku rodzinnego	 zł
zasiłek pielęgnacyjny	 zł
świadczenie pielęgnacyjne	 zł
zasiłek dla bezrobotnych	 zł
zasiłki z pomocy społecznej	 zł
alimenty	 zł
dodatek mieszkaniowy	 zł
stypendia o charakterze socjalnym	 zł
inne dochody (jakie)	 zł
ŁĄCZNY dochód z trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku	 zł
ŚREDNI miesięczny dochód członków rodziny	 zł
DOCHÓD miesięczny przypadający na jednego członka rodziny	 zł

⁴ za członka rodziny uważa się nauczyciela wnioskodawcę, jego małżonka, rodziców nauczyciela wnioskodawcy, którzy nieposiadają własnego źródła dochodów, pozostające na utrzymaniu nauczyciela lub nauczyciela i jego małżonka dzieci w wieku do 18 lat, pozostające na utrzymaniu nauczyciela lub nauczyciela i jego małżonka dzieci uczęszczające do szkoły ponadgimnazjalnej, nie dłużej jednak niż do ukończenia 21 roku życia; w przypadku dzieci kończących szkołę ponadgimnazjalną okres uprawniający do otrzymania na tą osobę dodatku kończy się z dniem 30 września roku ukończenia szkoły, pozostające na utrzymaniu nauczyciela lub nauczyciela i jego małżonka niepracujące dzieci będące studentami, do czasu ukończenia studiów wyższych, nie dłużej jednak niż do ukończenia 26 roku życia oraz pozostające na utrzymaniu nauczyciela lub nauczyciela i jego małżonka dzieci niepełnosprawne nieposiadające własnego źródła dochodów.

Zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane przedstawione we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wynikających z realizacji pomocy w formie stypendium szkolnego, ich udostępniania osobom trzecim oraz ich ewentualnego przetwarzania przez osoby trzecie w celach wynikających z realizacji i rozliczeń finansowych.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Przyznana pomoc w formie pieniężnej proszę wypłacić w kasie/przekazać na konto nr: ⁵

.....
(proszę podać nazwę banku i pełny numer konta bankowego)

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Wykaz załączników:

⁵ Niepotrzebne skreślić

Adnotacje urzędowe

Komisja powołana przez Dyrektora

(nazwa szkoły)

w drodze zarządzenia nr z dnia

w składzie:

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

po rozpatrzeniu wniosku Pana/i z dnia

orzeka nie przyznać / przyznać ⁶ pomoc zdrowotną dla nauczyciela korzystającego z opieki

zdrowotnej w kwocie złotych

UZASADNIENIE

W związku ze spełnieniem warunków przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczyciela korzystającego z opieki zdrowotnej określonych w uchwale Rady Miejskiej w Iłowej Nr ____/V/____/07 z dnia na podstawie § 9 ust. 3/§ 9 ust. 4 ⁶ ww uchwały, komisja ustaliła co następuje:

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

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

(podpisy członków komisji)

⁶ niepotrzebne skreślić