

z dnia 15 kwietnia 2010 r.

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

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 z późn. zm.) oraz art. 72 ust. 1 i 4 oraz art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674 z późn. zm.), po uzyskaniu opinii Zarządu Oddziału Związku Nauczycielstwa Polskiego w Miejscu Piastowym i Komisji Międzyzakładowej NSZZ „Solidarność” Pracowników Oświaty i Wychowania w Krośnie uchwała się, co następuje:

§ 1. Ilekroć w uchwale jest mowa o:

- 1)nauczycielach – należy przez to rozumieć nauczycieli, o których mowa w art. 3 pkt 1 i art. 72 ust. 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674 z późn. zm.);
- 2)szkole – należy przez to rozumieć zespół szkół publicznych i szkoły podstawowe, w których strukturze funkcjonują oddziały przedszkolne i inne formy wychowania przedszkolnego, dla których organem prowadzącym jest Gmina Miejsce Piastowe;
- 3)Gminie – należy przez to rozumieć Gminę Miejsce Piastowe;
- 4)Radzie – należy przez to rozumieć Radę Gminy Miejsce Piastowe;
- 5)Wójcie – należy przez to rozumieć Wójta Gminy Miejsce Piastowe.

§ 2. 1. W budżecie Gminy zabezpiecza się corocznie środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach, dla których organem prowadzącym jest Gmina.

2. Wysokość środków finansowych, o których mowa w ust. 1 określa corocznie Rada w uchwale budżetowej.

3. Wypłaty świadczeń dokonuje się do wysokości ustalonego limitu środków finansowych przeznaczonych na ten cel w danym roku budżetowym.

§ 3. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela ubiegającego się o tę pomoc wniosku. Wzór wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1)aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia;
- 2)oświadczenie o dochodach brutto przypadających na członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku o pomoc zdrowotną, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do uchwały,
- 3)dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, bądź kwotę przewidywanych kosztów leczenia, w przypadku ich posiadania przez wnioskodawcę.

§ 4. 1. Środkami finansowymi przeznaczonymi na pomoc zdrowotną zarządza Wójt.

2. O przyznaniu lub odmowie przyznania pomocy zdrowotnej decyduje Wójt biorąc pod uwagę sytuację nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną, o czym informuje pisemnie wnioskodawcę.

§ 5. 1. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia pieniężnego (zasiłku pieniężnego).

2. Pomoc zdrowotna udzielana jest jeden raz w roku budżetowym. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, pomoc zdrowotna może być udzielona tej samej osobie drugi raz w danym roku budżetowym.

3. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1)wpływu choroby na sytuację materialną nauczyciela (przebieg choroby, specjalistyczne badania, dodatkowa opieka, dieta, dojazdy, itd.);
- 2)wysokości udokumentowanych kosztów leczenia nauczyciela;
- 3)sytuacji materialnej nauczyciela uwzględniającej poniesione koszty.

4. Ostateczną wysokość przyznanej pomocy ustala Wójt.

§ 6. 1. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej wraz z wymaganą dokumentacją należy składać Wójtowi w terminie odpowiednio do dnia 15 marca, 15 czerwca, 15 września, 30 listopada danego roku budżetowego.

2. Rozpatrywanie wniosków odbywa się raz na kwartał (do 30 marca, do 30 czerwca, do 30 września, do 15 grudnia danego roku budżetowego).

3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach rozpatrzenie wniosku może nastąpić w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku.

§ 7. Wykonanie uchwały zleca się Wójtowi.

§ 8. Traci moc uchwała Nr XXXIII/333/09 Rady Gminy Miejsce Piastowe z dnia 28 października 2009 r. w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, zatrudnionych w szkołach prowadzonych przez Gminę Miejsce Piastowe oraz warunków i sposobu ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Podkarpackiego z 2010 r. Nr 4, poz. 87).

§ 9. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia jej ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Podkarpackiego.

Przewodniczący Rady Gminy
Miejsce Piastowe
Wiktor Skwara

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr XXXVII/377/10
Rady Gminy Miejsce Piastowe
z dnia 15 kwietnia 2010 r.
Zalacznik1.doc

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr XXXVII/377/10
Rady Gminy Miejsce Piastowe
z dnia 15 kwietnia 2010 r.
Zalacznik2.doc

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Załącznik Nr 1
do uchwały Nr XXXVII/377/10
Rady Gminy Miejsce Piastowe
z dnia 15 kwietnia 2010 r.

....., dnia.....

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Wójt Gminy Miejsce Piastowe

Wnioskodawca:

Adres zamieszkania i numer telefonu:

.....

Status wnioskodawcy*: 1. nauczyciel,
2. nauczyciel po przejściu na emeryturę,
3. nauczyciel po przejściu na rentę.

Szkoła, w której wnioskodawca jest lub był zatrudniony:

.....

Proszę o przyznanie mi pomocy zdrowotnej z powodu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* - właściwe podkreślić

(czytelny podpis wnioskodawcy)

PRZEWODNICZĄCY
RADY GMINY
Wiktor Skwara

Załącznik nr 2
do uchwały Nr XXXVII/377/10
Rady Gminy Miejsce Piastowe
z dnia 15 kwietnia 2010 r.

....., dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(status wnioskodawcy)*

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Ja, niżej podpisany oświadczam, że w roku średni dochód brutto przypadający na jednego członka mojej rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku o pomoc zdrowotną wyniósł złotych (słownie: złotych).

Niniejsze oświadczenie składałem w celu przyznania mi pomocy zdrowotnej.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* *nauczyciel, nauczyciel po przejściu na emeryturę, nauczyciel po przejściu na rentę.*

PRZEWODNICZĄCY
RADY GMINY
Wiktor Skwara