

**UCHWAŁA Nr 123/XX/16
RADY MIEJSKIEJ W SZYDŁOWCU**

z dnia 2 czerwca 2016 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 dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (j. t. Dz. U. z 2016 r., poz. 446) oraz art. 72 ust. 1, w związku z art. 91 d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (j. t. Dz. U. z 2014 r., poz. 191 ze zm.), uchwała się, co następuje:

§ 1.

Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnionych w przedszkolach i szkołach prowadzonych przez Gminę Szydłowiec określa corocznie uchwała budżetowa.

§ 2.

Ilekróć w niniejszej uchwale jest mowa o:

- 1) nauczycielach – należy przez to rozumieć również nauczycieli, którzy przeszli na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne,
- 2) szkole – należy przez to rozumieć także przedszkole, dla których organem prowadzącym jest Gmina Szydłowiec,
- 3) Gminie – należy przez to rozumieć Gminę Szydłowiec.

§ 3.

Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z:

- 1) ponoszeniem kosztów związanych z długotrwałym specjalistycznym leczeniem w miejscu zamieszkania lub poza nim z powodu ciężkiej choroby lub choroby przewlekłej;
- 2) ponoszeniem kosztów zakupu wyrobów medycznych lub środków pomocniczych niezbędnych do wykonywania zawodu.

§ 4.

1. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie świadczenia pieniężnego na pisemny wniosek osoby uprawnionej. Wzór wniosku określa załącznik nr 1 do uchwały.
2. Do wniosku o przyznanie świadczenia pieniężnego należy dołączyć:
 - 1) imienne rachunki/faktury potwierdzające poniesione koszty leczenia oraz aktualne (tj. z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku) zaświadczenie od lekarza specjalisty potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę – w odniesieniu do ubiegania się o przyznanie świadczenia na podstawie § 3 pkt 1 uchwały,

- 2) imienne rachunki/faktury potwierdzające poniesione koszty zakupu wyrobów medycznych lub środków pomocniczych -w odniesieniu do ubiegania się o przyznanie świadczenia na podstawie § 3 pkt 2 uchwały,
- 3) oświadczenie (dotyczące ostatnich trzech miesięcy poprzedzających termin złożenia wniosku) o średniej miesięcznej wysokości dochodu brutto, przypadającego na jednego członka rodziny lub osobę samotnie zamieszukującą. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 2 do uchwały,
- 4) oświadczenie, że wnioskowana pomoc zdrowotna nie jest finansowana z innych źródeł. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 3 do uchwały,
- 5) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczyciela

§ 5.

Wniosek w sprawie udzielenia świadczenia na pomoc zdrowotną należy składać w Zespole Edukacji i Finansów Oświaty w Szydłowcu, w terminach: do 15 marca, do 15 czerwca, do 15 września, do 30 listopada danego roku kalendarzowego.

§ 6.

Świadczenie pieniężne może być udzielone raz w roku budżetowym, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach - dwa razy w roku.

§ 7.

1. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do przyznania pomocy zdrowotnej;
2. Przyznaniu i wysokości świadczenia lub odmowie jego przyznania decyduje Burmistrz Szydłowca;
3. W terminie 14 dni (od upływu terminu składania wniosków) Burmistrz Szydłowca informuje na piśmie wnioskodawcę o swoim stanowisku określonym w ust.2;
4. Stanowisko Burmistrza jest ostateczne i nie przysługuje od niego prawo wniesienia odwołania.

§ 8.

1. Wysokość przyznanego świadczenia na pomoc zdrowotną uzależniona jest od:
 - 1) ilości środków finansowych zabezpieczonych na ten cel w uchwale budżetowej Gminy,
 - 2) liczby wniosków złożonych w danym roku budżetowym,
 - 3) rodzaju i przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych wpływających na sytuację materialną wnioskodawcy,
 - 4) wysokości udokumentowanych , poniesionych przez wnioskodawcę kosztów leczenia specjalistycznego,
 - 5) wysokości dochodu przypadającego na członka rodziny wnioskodawcy.
2. Wypłata świadczenia na pomoc zdrowotną nastąpi w kasie Zespołu Edukacji i Finansów Oświaty w Szydłowcu lub zostanie przekazana na wskazane przez wnioskodawcę konto bankowe.

§ 9.

Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Szydłowca.

§ 10.

Traci moc uchwała Nr 36/VIII/15 Rady Miejskiej w Szydłowcu z dnia 30 kwietnia 2015 r. w sprawie środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej i określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobów ich przyznawania.

§ 11.

Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Mazowieckiego.

Przewodniczący Rady Miejskiej

Marek Artur Koniarczyk

**Załącznik Nr 1
do Uchwały Nr 123/XX/16
Rady Miejskiej w Szydłowcu
z dnia 2 czerwca 2016 r.**

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

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Imię i nazwisko.....
Adres zamieszkania.....
Telefon kontaktowy.....
Numer konta bankowego.....
2. Nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony:
.....
.....
3. Wymiar zatrudnienia (wypełnia nauczyciel czynny zawodowo):
.....
4. Status nauczyciela, na dzień złożenia wniosku:
 czynny zawodowo renta/emerytura nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY (JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA)

Poświadczają się, że dane zawarte w w/w pkt 2, 3, 4 są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do dokonania poświadczenia)

Poświadczenia danych zawartych w w/w pkt 2, 3, 4 dokonują odpowiednio:

- a) w stosunku do nauczycieli czynnych zawodowo - dyrektor szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony,
- b) w stosunku do nauczycieli emerytów, rencistów oraz nauczycieli pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne - jednostka organizacyjna, w której w/w osoby objęte są opieką socjalną.

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi świadczenia pieniężnego na pomoc zdrowotną.

UZASADNIENIE

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

W celu potwierdzenia zasadności mojego wniosku dołączam następujące dokumenty: (właściwe zaznaczyć)

- rachunki potwierdzające poniesione koszty leczenia
- zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę
- rachunki za zakup wyrobów medycznych lub środków pomocniczych
- inne (proszę wymienić jakie):.....

W przypadku przyznania mi świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej proszę o:
(właściwe zaznaczyć)

- przelanie środków finansowych na wskazane powyżej konto bankowe,
- wypłatę świadczenia w kasie Zespołu Edukacji i Finansów Oświaty

Świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, poświadczam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku.

Oświadczam jednocześnie, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 ze zm.) dla potrzeb niezbędnych do procedury związanej z przyznaniem pomocy zdrowotnej.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Przyznana kwota:zł (brutto)

słownie.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Burmistrza Szydłowca)

**Załącznik Nr 2
do Uchwały Nr 123/XX/16
Rady Miejskiej w Szydłowcu
z dnia 2 czerwca 2016 r.**

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto wyliczony za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, wyniósł w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobęzł (brutto) słownie.....

Oświadczenie składam w celu przyznania zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, świadoma/y odpowiedzialności karnej za zatajenie prawdy lub podanie nieprawdziwych danych.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

**Załącznik Nr 3
do Uchwały Nr 123/XX/16
Rady Miejskiej w Szydłowcu
z dnia 2 czerwca 2016 r.**

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że wnioskowana pomoc zdrowotna nie jest finansowana z innych źródeł .

Oświadczenie składam w celu przyznania zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli, świadoma/y odpowiedzialności karnej za zatajenie prawdy lub podanie nieprawdziwych danych.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)