

z dnia 2 marca 2018 r.

**w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Świdnica 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 2017 r. poz. 1875 z późn. zm.), art. 72 ust. 1, art. 91d pkt I ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2017 r. poz. 1189 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

**§ 1.** Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Świdnica określa corocznie uchwała budżetowa.

**§ 2.** Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie jednorazowego zasiłku pieniężnego w danym roku kalendarzowym. Wysokość jednorazowego zasiłku nie może przekraczać 2/3 wynagrodzenia zasadniczego nauczyciela stażysty z tytułem zawodowym magistra z przygotowaniem pedagogicznym.

**§ 3.** Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z:

- 1) leczeniem się z powodu przewlekłej lub ciężkiej choroby;
- 2) ponoszeniem kosztów leczenia specjalistycznego, w tym: badań diagnostycznych, konsultacji, hospitalizacji i leczenia sanatoryjnego, zabiegów rehabilitacyjnych, zakupu leków i środków farmaceutycznych, środków dietetycznych – w związku z prowadzoną terapią, zaangażowania wykwalifikowanej opieki medycznej, transportu medycznego;
- 3) ponoszeniem kosztów zakupu: sprzętu medycznego, sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego, usług stomatologicznych, aparatów słuchowych, okularów.

**§ 4. 1.** Pomoc zdrowotna udzielana jest na wniosek uprawnionego nauczyciela, złożony w terminie do dnia 31 maja oraz do 31 października na druku stanowiącym załącznik nr 1 do uchwały.

2. W sytuacjach kiedy uprawniony nauczyciel nie może złożyć wniosku osobiście, wniosek w jego imieniu i za jego pisemną zgodą może złożyć członek rodziny, dyrektor szkoły lub organizacja związkowa.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 nauczyciel składa do Wójta Gminy Świdnica za pośrednictwem dyrektora szkoły, w której nauczyciel jest lub, w przypadku nauczyciela emeryta i rencisty, był zatrudniony.

4. W przypadku likwidacji szkoły, będącej ostatnim miejscem zatrudnienia nauczyciela, wniosek składa się za pośrednictwem dyrektora szkoły, do której włączono obwód zlikwidowanej placówki.

5. Dyrektor szkoły składa potwierdzony wniosek do Wójta Gminy Świdnica w ciągu 14 dni po upływie terminu składania.

**§ 5.** Do wniosku o przyznanie zasiłku pieniężnego należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę lub inne dokumenty świadczące o stanie zdrowia tj. karta informacyjna ze szpitala, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności;
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (oryginały imiennych faktur i rachunków) za okres ostatnich 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku;
- 3) oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela (średni miesięczny dochód brutto nauczyciela, współmałżonka i dorosłych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, ze wszystkich źródeł przychodu, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, wraz z oświadczeniem nauczyciela o liczbie osób pozostających na wyłącznym utrzymaniu nauczyciela – przy czym dzieci uczące się nie dłużej niż do 25 roku życia – z wyliczoną wysokością dochodu przypadającą na jednego członka rodziny) na druku stanowiącym załącznik nr 2 do uchwały;
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie świadczenia.

**§ 6.** Wysokość przyznanego zasiłku pieniężnego uzależniona jest od:

- 1) wysokości udokumentowanych kosztów leczenia poniesionych przez nauczyciela;
- 2) sytuacji materialnej nauczyciela – wysokości dochodu przypadającego na członka rodziny nauczyciela;
- 3) liczby złożonych wniosków i wysokości środków zabezpieczonych na ten cel w uchwale budżetowej Gminy Świdnica.

§ 7. W przypadkach ciężkiej lub nieuleczalnej choroby pomoc zdrowotna może zostać udzielona dwa razy w roku kalendarzowym, a wniosek może zostać złożony po upływie terminu, o którym mowa w § 4 ust. 1.

§ 8. 1. O przyznaniu i wysokości zasiłku pieniężnego lub odmowie jego przyznania decyduje Wójt Gminy Świdnica informując na piśmie wnioskodawcę.

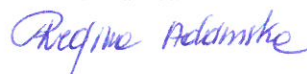
2. Informacja o podjętej przez Wójta Gminy Świdnica decyzji w sprawie wysokości przyznanych środków, lub odmowie ich przyznania jest ostateczna.

§ 9. Traci moc uchwała Nr VII/31/2007 Rady Gminy Świdnica z dnia 02 marca 2007 r. w sprawie ustalenia regulaminu przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli i nauczycieli rencistów i emerytów w Gminie Świdnica.

§ 10. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Świdnica.

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

Przewodnicząca Rady Gminy  
Świdnica

  
**Regina Adamska**

UZASADNIENIE  
do UCHWAŁY NR ~~15~~ 14/2018  
RADY GMINY ŚWIDNICA  
z dnia ~~1. marca~~ 2018

**w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Świdnica oraz warunków i sposobu ich przyznawania**

W związku koniecznością aktualizacji uregulowań dotyczących świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej niezbędne jest podjęcie niniejszej uchwały.

Sporządziła: M. Jaworska

DYREKTOR

*Maria Jaworska*

.....  
(Kierownik)

RADCA PRAWNY

*Jarosław Wasyliszyn*

.....  
(Radca Prawny)

Załącznik Nr 1  
do Uchwały Nr LV/502/2018  
Rady Gminy Świdnica  
z dnia 02 marca 2018 r.

Świdnica, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(numer telefonu do kontaktu)

**Wójt Gminy Świdnica  
Urząd Gminy  
ul. B. Głowackiego 4  
58-100 Świdnica**

### WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej

.....  
(szkoła, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony)

w wymiarze ..... etatu w okresie od ..... do .....

**Uzasadnienie:** .....

**Wypełnia dyrektor szkoły:**

Potwierdzam, że Pan(i) .....  
jest osobą uprawnioną do pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, tj.:

- 1) jest nauczycielem zatrudnionym w .....  
..... w łącznym wymiarze ..... etatu;
- 2) jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenia kompensacyjne był zatrudniony w .....;
- 3) jest nauczycielem zlikwidowanej szkoły w .....  
....., pobierającym emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenia kompensacyjne, dla którego odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych jest naliczany w .....

.....  
pieczęć szkoły

.....  
data i podpis dyrektora szkoły

#### Załączniki:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające chorobę lub inne dokumenty świadczące o stanie zdrowia tj. karta informacyjna, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (oryginały faktur i rachunków).
3. Oświadczenie (dotyczące ostatnich trzech miesięcy poprzedzających termin złożenia wniosku) o średniej miesięcznej wysokości dochodu brutto, przypadającego na osobę pozostającą z nauczycielem w jednym gospodarstwie domowym, lub osobę samotnie zamieszkującą.
4. Inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy – wymienić jakie i dołączyć

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

Pomoc zdrowotną proszę przekazać na rachunek bankowy

.....  
numer rachunku

Oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach, na zasadach określonych ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.), dla celów związanych z przyznaniem pomocy zdrowotnej.

.....  
(czytelny podpis nauczyciela)

#### Uwaga!

Wnioski nauczycieli o przyznanie pomocy zdrowotnej powinny być składane do dnia 31 maja i 31 października.

Świdnica, dnia .....

**OŚWIADCZENIE**  
**o sytuacji materialnej nauczyciela**

.....  
Nazwisko i imię nauczyciela

.....  
Adres zamieszkania i nr telefonu

Niniejsze oświadczenie składam w celu przyznania mi świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Oświadczenie o dochodach:

L.p.	Określenie rodzaju dochodu i członków rodziny nauczyciela, których dochód dotyczy	Liczba /kwota brutto
1.	<b>Liczba osób w rodzinie</b> (dotyczy wszystkich członków rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym)	
2.	<b>Dochód* nauczyciela</b> ubiegającego się o pomoc zdrowotną, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku brutto w zł	
3.	<b>Dochód* współmałżonka i pozostałych członków rodziny</b> pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku brutto w zł	
4.	<b>Łączny dochód* rodziny</b> uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku brutto (poz. 2 + poz. 3) w zł	
5.	<b>Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny</b> (kwota z poz. 4 podzielona przez liczbę z poz. 1, a następnie podzielona przez 3 miesiące) w zł	

\*wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu

.....  
(czytelny podpis)