



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Szczecin, dnia 1 marca 2017 r.

Poz. 892

UCHWAŁA NR XXXII/382/2017 RADY MIEJSKIEJ MIELNA

z dnia 27 stycznia 2017 r.

w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tj. Dz.U. z 2016r. poz. 446 ze zm.) oraz art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91b ust.1 i 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (tj. Dz. U. z 2016r. poz. 1379 ze zm.), uchwala się, co następuje:

§ 1. Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkola, dla których organem prowadzącym jest Gmina Mielno oraz warunki i sposób ich przyznawania.

§ 2. Ilekroć w uchwale jest mowa o:

- 1) szkole – rozumie się przez to szkoły podstawowe, gimnazjum i przedszkole dla których Gmina Mielno jest organem prowadzącym,
- 2) nauczycielu – rozumie się przez to nauczyciela zatrudnionego w szkołach i przedszkolu dla których Gmina Mielno jest organem prowadzącym oraz nauczycieli po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne,
- 3) wniosku – należy przez to rozumieć wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej,
- 4) długotrwałym leczeniu – należy przez to rozumieć leczenie, które trwa dłużej niż 3 miesiące w roku lub wymaga ciągłej hospitalizacji co najmniej przez okres jednego miesiąca w roku,
- 5) długotrwałej rehabilitacji – należy przez to rozumieć specjalne postępowanie rehabilitacyjne trwające dłużej niż 3 miesiące w roku.

§ 3. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określa corocznie uchwała budżetowa.

§ 4. 1. Świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej przyznawane są nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej w związku z:

- 1) długotrwałą, nieuleczalną lub wrodzoną chorobą,
- 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym z koniecznością dalszego leczenia,
- 3) długotrwałą rehabilitacją w tym powypadkową,
- 4) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,
- 5) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego ułatwiającego dalsze funkcjonowanie.

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

- 1) zakupu leków i materiałów medycznych,
- 2) rehabilitacji,
- 3) badań specjalistycznych,

- 4) dojazdów na specjalistyczne leczenie poza obszar powiatu koszalińskiego,
- 5) zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego.

§ 5. 1. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

2. Pomoc zdrowotna, o której mowa w ust.1 jest zapomogą o charakterze socjalnym.

3. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest w szczególności od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, mających wpływ na sytuację materialną nauczyciela (przewlekły charakter choroby, zapewnienie dodatkowej opieki choremu, konieczność stosowania specjalnej diety),
- 2) wysokość udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia,
- 3) sytuacji materialnej nauczyciela,
- 4) wysokości środków finansowych zaplanowanych na ten cel w budżecie Gminy Mielno oraz od liczby złożonych i pozytywnie rozpatrzonych wniosków.

4. Jednorazowe świadczenie w ramach pomocy zdrowotnej udzielane jest do wysokości 50% wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę, określanego corocznie w rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie minimalnego wynagrodzenia za pracę.

5. O przyznanie pomocy nauczyciel może ubiegać się nie częściej niż raz na dwa lata.

§ 6. Osobami uprawnionymi do korzystania z pomocy zdrowotnej są:

- 1) nauczyciele,
- 2) nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, dla których szkoła była ostatnim miejscem zatrudnienia.

§ 7. 1. Pomoc zdrowotna udzielana jest na podstawie pisemnego wniosku nauczyciela skierowanego do Burmistrza. Wzór wniosku określa załącznik nr 1 do uchwały.

2. Wnioski należy składać w terminach do 15 marca lub 30 października danego roku.

3. Do wniosku o przyznanie zasiłku pieniężnego należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające: leczenie nauczyciela związane z chorobą: przewlekłą, nieuleczalną lub wrodzoną, leczenie specjalistyczne, rehabilitację, stosowanie sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, stosowanie leków i materiałów medycznych,
- 3) dokumenty potwierdzające poniesione koszty (faktury VAT lub rachunki za leczenie, badania specjalistyczne, zabiegi, zakup lekarstw, protez, sprzętu rehabilitacyjnego)
- 4) oświadczenie o sytuacji finansowej rodziny wnioskodawcy pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym, na druku stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

4. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w ust. 3, nauczyciel zostaje wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. W przypadku nie usunięcia braków w terminie, o którym mowa powyżej, wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym nauczyciel zostanie poinformowany pisemnie.

4. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do przyznania świadczenia.

§ 8. 1 Wniosek, o którym mowa w §7 nauczyciel składa w Urzędzie Miejskim w Mielnie w terminach określonych w §7 ust.2.

2. Decyzję o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia podejmuje Burmistrz w ciągu 30 dni od terminów, o których mowa w §7 ust.2. Decyzja Burmistrza jest ostateczna.

3. Informację o rozpatrzeniu wniosku przekazuje się wnioskodawcy na piśmie.

4. Wysokość wszystkich przyznaných świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej nie może przekroczyć w danym roku kwoty przeznaczony na ten cel w uchwale budżetowej. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku budżetowym nie przechodzą na rok następny.

5. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest przez Urząd Miejski w Mielnie.

§ 9. Traci moc uchwałą Nr VII/70/2007 Rady Gminy Mielno z dnia 26 kwietnia 2007r. w sprawie przeznaczenia corocznie odpowiednich środków finansowych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej, określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunków i sposobów ich przyznawania (Dz. Urz. Woj. Zachodniopomorskiego z 2007r. Nr 76 poz. 1229).

§ 10. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Mielna.

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

Przewodniczący Rady Miejskiej Mielna

Tadeusz Jarząbek

Załącznik nr 1 do uchwały XXXII/382/2017
Rady Miejskiej Mielnia z dnia
27 stycznia 2017r.

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(miejsowość, data)

.....
(nazwa szkoły)

.....
(adres zamieszkania, telefon)

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

Zwracam się z prośbą o przyznanie pomocy zdrowotnej z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli.

Uzasadnienie:

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

W przypadku przyznania świadczenia proszę przekazać je na konto bankowe o numerze (nazwa i adres banku, numer konta bankowego):

.....

.....
(czytelny podpis)

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie,
- 2) oświadczenie o sytuacji finansowej rodziny wnioskodawcy pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 3) dokumenty potwierdzające poniesione koszty (faktury VAT lub rachunki za leczenie, badania specjalistyczne, zabiegi, zakup leków, protez, sprzętu rehabilitacyjnego).

Załącznik nr 2 do uchwały XXXII/382/2017
Rady Miejskiej Mielna z dnia
27 stycznia 2017r.

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, data)

.....
(nazwa szkoły)

.....
(adres zamieszkania, telefon)

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że dochód netto mojej rodziny w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku wyniósł.....zł.

Liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....osób.

Oświadczam, że w miesiącu złożenia wniosku tj. dochód netto na osobę w mojej rodzinie wyniósł..... zł

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(czytelny podpis)