

UCHWAŁA NR XX/140/16
RADY MIEJSKIEJ GÓRY
z dnia 4 marca 2016 r.

w sprawie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli prowadzonych przez Gminę Góra

Na podstawie art. 72 ust. 1 w związku z art. 91 d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2014 r. poz. 191 oraz z 2015 r. poz. 357, poz. 1268 i poz. 1418), uchwala się co następuje:

§ 1. Uchwała określa rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli prowadzonych przez Gminę Góra oraz warunki i sposób ich przyznawania.

§ 2. Pomoc zdrowotna udzielana jest w formie świadczenia pieniężnego w ramach środków finansowych przeznaczonych corocznie na ten cel w budżecie Gminy Góra w wysokości 0,2 % rocznych planowanych wynagrodzeń osobowych nauczycieli.

§ 3. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w związku z:

- 1) ciężką lub przewlekłą chorobą nauczyciela;
- 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu;
- 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym;
- 4) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub środków pomocniczych (aparaty słuchowe, protezy, itp.), niezbędnych do wykonywania zawodu lub ułatwiających dalsze funkcjonowanie.

§ 4. Przyznanie pomocy zdrowotnej oraz jej wysokość, uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych wpływających na sytuację materialną (np. konieczność stosowania specjalistycznej diety, zapewnienia dodatkowej opieki itp.);
- 2) wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia;
- 3) sytuacji materialnej rodziny nauczyciela;
- 4) liczby złożonych, uzasadnionych wniosków;
- 5) wielkości środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną.

§ 5. 1. Warunkiem przyznawania pomocy jest złożenie przez nauczyciela, z zastrzeżeniem ust. 3, uzasadnionego wniosku na druku, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1 należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające leczenie związane z ciężką lub przewlekłą chorobą, leczenie specjalistyczne, konieczność stosowania sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego lub środków pomocniczych (aparaty słuchowe, protezy, itp.), konieczność zapewnienia choremu dodatkowej opieki;
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia, z ostatnich 12 miesięcy (imiennie faktury, rachunki);
- 3) oświadczenie o średniej miesięcznej wysokości dochodu brutto przypadającego na członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej;
- 4) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.

3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach wniosek, o którym mowa w ust. 1 może złożyć przełożony nauczyciela, przedstawiciel związków zawodowych, prawny opiekun lub pełnoletnia osoba pozostająca z nauczycielem we wspólnym gospodarstwie domowym, jeżeli on sam nie jest zdolny osobiście do podejmowania czynności w tym zakresie.

§ 6. 1. Wnioski wraz z załącznikami o przyznanie pomocy zdrowotnej należy składać do Burmistrza Góry w terminach: do 15 kwietnia, 15 lipca i 15 października danego roku kalendarzowego, po uprzednim zaopiniowaniu przez dyrektora szkoły, przedszkola, w której nauczyciel jest zatrudniony albo której jest emerytem lub rencistą lub z której przeszedł na nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

2. O przyznaniu pomocy zdrowotnej i jej wysokości lub odmowie przyznania pomocy zdrowotnej, Burmistrz Góry zawiadamia wnioskodawcę w formie pisemnej w terminie do 30 dni od dnia upływu terminu składania wniosków.

3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej może być rozpatrzony w innym terminie, niż wskazany w ust. 1.

§ 7. Świadczenie pieniężne udzielane ze środków na pomoc zdrowotną dla nauczycieli nie ma charakteru roszczeniowego.

§ 8. Pomoc zdrowotna dla danej osoby udzielana jest raz w roku. W szczególnie uzasadnionych przypadkach pomoc może być przyznana powtórnie w danym roku kalendarzowym.

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

W załączeniu przedkładam:

1.
2.
3.
4.

W przypadku przyznania świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej, proszę o przelanie środków finansowych na wskazane poniżej konto bankowe:

Imię i nazwisko

Numer rachunku

.....
(*miejsowość, data*)

.....
(*podpis*)

Opinia dyrektora:

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

.....
(*miejsowość, data*)

.....
(*podpis dyrektora*)

Decyzja Burmistrza

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości:.....

słownie:.....

.....
(*data*)

.....
(*podpis*)