

**UCHWAŁA NR XLI/173/2017  
RADY GMINY WYMIARKI**

z dnia 27 listopada 2017 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 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz.U. z 2017 r. poz. 1875 z późn. zm.) oraz art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela (tekst jednolity Dz.U. z 2017 r. poz.1189 z późn.zm.) Rada Gminy Wymiarki uchwala, co następuje:

**§ 1.** Gmina Wymiarki przeznaczy corocznie w budżecie środki finansowe w wysokości 0,3% środków na wynagrodzenie osobowe nauczycieli z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

**§ 2.** Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunki i sposób ich przyznawania w „Regulaminie przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli”, który stanowi załącznik do nin. Uchwały.

**§ 3.** Wykonanie Uchwały powierza się Wójtowi Gminy.

**§ 4.** Traci moc Uchwała Nr IX/62/2007z dnia 28 grudnia 2007 r. sierpnia 2007r. w sprawie zasad udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wymiarki oraz Uchwała Nr XVI/136/2008 z dnia 30 grudnia 2008 zmieniająca uchwałę w sprawie zasad udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół, dla których organem prowadzącym jest Gmina Wymiarki.

**§ 5.** Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Lubuskiego.

Przewodniczący Rady Gminy

**Halina Kiszka**

**REGULAMIN**  
**przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli**

**§ 1.** Do uzyskania pomocy finansowej z funduszu zdrowotnego uprawnieni są:

- 1) nauczyciele pracujący w szkołach prowadzonych przez Gminę Wymiarki, zatrudnieni w wymiarze co najmniej ½ obowiązkowego wymiaru zajęć,
- 2) nauczyciele, których ostatnim miejscem pracy przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne była szkoła prowadzona przez Gminę Wymiarki,

**§ 2.** Świadczenia przyznawane są nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej w związku z:

- 1) zwiększonymi kosztami leczenia spowodowanymi ciężką lub przewlekłą chorobą,
- 2) korzystaniem z pomocy specjalistycznej, w tym specjalistycznych badań,
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu,
- 4) długotrwałą rehabilitacją, w tym związaną z chorobami zawodowymi i powypadkową, w tym przejazdy na rehabilitację
- 5) koniecznością zakupu leków, zaleconych przez lekarza związanych z procesem leczenia,
- 6) konieczność zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego (zakup szkieł korekcyjnych, aparatu słuchowego, elementów protetyki stomatologicznej itp.), nie częściej niż raz na trzy lata.

**§ 3. 1.** Pomoc zdrowotna udzielana jest dwa razy w roku w formie jednorazowego bezzwrotnego świadczenia pieniężnego.

2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach pomoc zdrowotna może być przyznana powtórnie w danym roku.

3. Wnioski w sprawie udzielenia świadczenia pieniężnego należy składać w terminach do 15 czerwca, do 15 listopada danego roku kalendarzowego,

4. Wniosek o przyznanie świadczenia, nauczyciel kieruje do Dyrektora szkoły.

5. Załącznikiem nr 1 do niniejszego Regulaminu jest wzór wniosku w sprawie przyznania świadczenia.

**§ 4.** Do wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężką lub przewlekłą chorobę,
- 2) rachunki potwierdzające poniesione koszty związane ze specjalistycznym leczeniem, zakupem leków, sprzętu medycznego, korzystaniem z usług rehabilitacyjnych, na podstawie biletów komunikacji lub faktur zakupu paliwa do wartości ilości km do miejsca usług rehabilitacyjnych wg cennika podróży służbowej w szkole.
- 3) oświadczenie (dotyczące ostatnich trzech miesięcy poprzedzających termin złożenia wniosku) o średniej miesięcznej wysokości dochodów brutto, przypadającego na osobę pozostającą z nauczycielem we wspólnym gospodarstwie domowym, lub osobę samotnie zamieszkujejącą, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

**§ 5. 1.** W celu kompletowania dokumentacji oraz opiniowania wniosków nauczycieli ubiegających się o pomoc zdrowotną – Dyrektor szkoły powołuje Komisję ds. pomocy zdrowotnej dla nauczycieli, zwaną dalej Komisją.

2. W skład Komisji wchodzi:

- 1) przedstawiciel rady pedagogicznej,
- 2) przedstawiciel organizacji związkowej działającej na terenie szkoły,

3) przedstawiciel Rady Gminy Wymiarki,

3. Komisja, ze swojego składu wybiera przewodniczącego, zastępcę przewodniczącego.

4. Posiedzenia Komisji zwołuje Przewodniczący, a w przypadku dłuższej nieobecności jego zastępca.

5. Komisja działa przy udziale co najmniej 2/3 składu.

6. Przewodniczący, zastępca przewodniczącego i członkowie Komisji zobligowani są do zachowania tajemnicy obrad i złożenia pisemnego oświadczenia o poufności informacji w rozpatrywanym przedmiocie, oraz przestrzegania zapisów ustawy o ochronie danych osobowych.

7. Z posiedzenia komisji sporządza się protokół.

**§ 6. 1.** O przyznaniu i wysokości świadczenia lub odmowie jego przyznania decyduje Dyrektor szkoły w terminie 14 dni od dnia upływu składania wniosków.

2. O swoim stanowisku, określonym w ust. 1, Dyrektor szkoły informuje wnioskodawcę pisemnie.

3. Informacja o podjętej przez Dyrektora szkoły decyzji w sprawie wysokości przyznanego świadczenia, lub odmowie przyznania, jest ostateczna i nie przysługuje od niej prawo wniesienia odwołania.

**§ 7. 1.** Wysokość przyznanego świadczenia pieniężnego nie może przekroczyć wysokości udokumentowanych i uzależniona jest od:

1) ilości środków zabezpieczonych na ten cel w uchwale budżetowej Gminy Wymiarki,

2) liczby złożonych wniosków w roku budżetowym,

3) sytuacji materialnej wnioskodawcy.

**§ 8.** Wysokość jednorazowego świadczenia nie może przekroczyć 100% minimalnego wynagrodzenia za pracę, ustalonego na dany rok.

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

1. Imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy nauczyciela, którego dotyczy wniosek:

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

2. Uzasadnienie:

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

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

Imię i nazwisko .....

Numer rachunku .....

4. Dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela:

a) wymiar etatu –wypełnia nauczyciel czynny zawodowo : .....

b) Status nauczyciela w chwili składania wniosku:

-czynny zawodowo, -renta/emerytura, - nauczycielskie świadczenie kompensacyjne

---

**5. DECYZJA w sprawie przyznania świadczenia**

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

**6. Wysokość przyznanego świadczenia pieniężnego**

..... słownie .....

.....

Data i podpis

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

Nazwisko i imię nauczyciela

.....

Adres

.....

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

**Oświadczenie o dochodach**

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

\*)wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się wszystkie zasiłki: w tym rodzinny, pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło), uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną

Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałam(em) w roku .....

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

## Uzasadnienie

Niniejszą uchwałę przedkłada się w celu dostosowania treści uchwały do aktualnych przepisów prawa.

Projekt uchwały został przesłany do konsultacji do

- Związek Nauczycielstwa Polskiego Zarząd ZNP
- Forum Związków Zawodowych Zarząd Wojewódzki Woj. Lubuskiego
- Lubuska Organizacja Wojewódzka Wolnego Związku Zawodowego „Solidarność-Oświata”

Związek Nauczycielstwa Polskiego Zarząd ZNP przesłał opinię projektu w treści "Bez uwag"

Forum Związków Zawodowych Zarząd Wojewódzki Woj. Lubuskiego oraz Lubuska Organizacja

Wojewódzka Wolnego Związku Zawodowego „Solidarność-Oświata” w terminie 30 dni od otrzymania pisma nie wniosły uwag.

Wobec powyższego projekt uchwały traktuje się jako uzgodniony.



## ZWIĄZEK NAUCZYCIELSTWA POLSKIEGO ODDZIAŁ W ŻAGANIU

68 – 100 Żagań, ul. Jana Pawła II 15

tel./fax 68 477 73 55

Konto: PKO Oddział Żagań nr 73 1020 5460 0000 5902 0045 4173

NIP 526 000 18 84

zofia.zawadzka@op.pl

Oddział odznaczony Złotą Odznaką Związku Nauczycielstwa Polskiego

**- W P Ł Y N Ę Ł O -**  
**URZĄD GMINY WYMIARKI**

29.08.2017

L.dz. 1746  
Podpis. *[Signature]*

*[Handwritten signature]*  
29.08.2017  
*[Handwritten initials]*

Żagań, 29.08.2017

**Pan**

**Wojciech Olszewski**

**Wójt Gminy Wymiarki**

Nasz znak: ZNP.022.38.2017.ZZ

W odpowiedzi na pismo znak: RA-SZ.4424.4.2017 w sprawie projektu Uchwały Rady Gminy dotyczącej określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli oraz warunków i sposobu ich przyznawania Zarząd Oddziału Związku Nauczycielstwa w Żaganiu akceptuje zapisy projektu w/w Uchwały.

z up. Zarządu Oddziału

**PREZES**  
Oddziału ZNP w Żaganiu  
*[Handwritten signature]*  
Zofia Zawadzka