

Beata Schulz-Górska

**UCHWAŁA Nr XXII/153/2008
RADY GMINY ROKIETNICA
z dnia 12 maja 2008 roku**

w sprawie: określenia rodzaju 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 2001 r. Nr 142 poz. 1591, Dz. U. z 2002 r. Nr 23 poz. 220, Nr 62 poz. 558, Nr 113 poz. 984, Nr 153 poz. 1271, Nr 214 poz. 1806; Dz. U. z 2003 r. Nr 80 poz. 717, Nr 162 poz. 1568; Dz. U. z 2004 r. Nr 102 poz. 1055, Nr 116 poz. 1203, Nr 214 poz. 1806; Dz. U. z 2005 r. Nr 172 poz. 1441; Dz. U. z 2006 r. Nr 17 poz. 128) art. 72 ust 1 w związku z art. 91d pkt. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r.- Karta Nauczyciela, (tj. Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674, Nr 170, poz. 1218, Nr 220, poz. 1600; z 2007 r. Nr 17, poz. 95, Nr 80, poz. 542, Nr 102, poz. 689, Nr 158, poz. 1103, Nr 176, poz. 1238, Nr 191, poz. 1369, Nr 247, poz. 1821)

Rada Gminy Rokietnica uchwala co następuje:

§ 1. Nauczycielom, o których mowa w art. 72 ust. 1 i 4 ustawy – Karta Nauczyciela, zwanymi dalej „nauczycielami”, przyznaje się świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej planowane w budżetach placówek oświatowych w § 3020 w wysokości 1%, środków przeznaczonych na wynagrodzenia nauczycieli.

§ 2. 1. Ze świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej mają prawo korzystać nauczyciele, którzy:

- a) Leczą się w innej miejscowości z powodu braku placówki służby zdrowia w ich miejscu zamieszkania lub miejscu pracy.
- b) Leczą się z powodu przewlekłej choroby lub gdy przebieg choroby jest wyjątkowo ciężki.
- c) Muszą korzystać z pomocy leczniczej specjalistycznej poza miejscem zamieszkania lub miejscem pracy.
- d) Zakupują środki pomocnicze niezbędne do wykonywania zawodu w szczególności takie jak:
 - aparaty słuchowe,
 - okulary,
 - szkła kontaktowe w przypadku nauczycieli wychowania fizycznego,
- e) Opłacają koszty zabiegów leczniczych w sanatoriach, uzdrowiskach lub ośrodkach rehabilitacyjnych.
- f) Ze względu na stan zdrowia stosują specjalną dietę.
- g) Korzystają z dodatkowej opieki osób trzecich w czasie choroby.

2. Uprawnienia do ww. świadczeń zachowują również nauczyciele po przejściu na emeryturę lub rentę bez względu na datę przejścia na emeryturę czy rentę.

PRZYJĘTO
RADY GMINY ROKIETNICA

§ 3. Ustala się następujące rodzaje świadczeń finansowych lub dofinansowywanych w ramach pomocy zdrowotnej:

- 1) zapomoga zdrowotna w przypadku długotrwałego lub przewlekłego leczenia,
- 2) zasiłek na zakup leków,
- 3) refundacja kosztów dojazdów na leczenie i pobyt w szpitalu,
- 4) opłata za zabiegi i operacje ratujące zdrowie lub życie,
- 5) refundacja kosztów pobytu w sanatorium, uzdrowisku lub na turnusie rehabilitacyjnym,
- 6) refundacja kosztów pomocy leczniczej specjalistycznej,
- 7) refundacja dodatkowej opieki świadczonej przez osoby trzecie, w czasie choroby osoby uprawnionej.

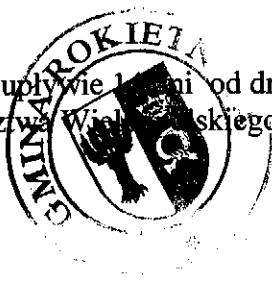
§ 4. 1. Świadczenia pomocy zdrowotnej udzielane są w formie zasiłku pieniężnego przyznawanego przez dyrektorów placówek oświatowych, z zastrzeżeniem § 5.

2. Wysokość zasiłku pieniężnego uzależniona jest od środków finansowych określonych na ten cel w uchwale budżetowej, sytuacji materialnej i poniesionych przez nauczyciela kosztów na świadczenia zdrowotne oraz liczby złożonych wniosków.
3. Warunkiem przyznania zasiłku pieniężnego jest złożenie przez wnioskodawcę wniosku, którego wzór stanowi załącznik do niniejszej uchwały.
4. Do wniosku winny być dołączone:
 - dokumenty potwierdzające wysokość miesięcznego dochodu brutto na osobę w rodzinie wnioskodawcy (będących na wspólnym gospodarstwie),
 - zaświadczenie o leczeniu od lekarza prowadzącego lub lekarza specjalisty,
 - kopie rachunków, lub dowody wpłaty, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach oświadczenie własne nauczyciela, z wyszczególnieniem kosztów za świadczenia pomocy zdrowotnej, o której mowa w § 3.
5. Wniosek składany jest przez nauczyciela. Z wnioskiem mogą wystąpić również inne osoby, upoważnione przez nauczyciela, w przypadku, gdy nauczyciel ten nie jest zdolny osobiście do podejmowania czynności w tym zakresie, co musi być również udokumentowane.
6. Wnioski rozpatrywane są w miarę potrzeb, jednak nie rzadziej niż dwa razy w roku. Wzór wniosku stanowi załącznik Nr 1 do niniejszej uchwały.
7. O terminie rozpatrywania wniosków powiadamia się zainteresowanych na co najmniej 14 dni przed planowanym terminem rozpatrywania.

§ 5. Wnioski w stosunku do nauczycieli rozpatruje dyrektor szkoły a w stosunku do dyrektorów Wójt Gminy Rokietnica, przepisy ust. 2 – 7 stosuje się odpowiednio.

§ 6. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Rokietnica.

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



UZASADNIENIE
Do Uchwały Nr XXII/153/2008
Rady Gminy Rokietnica
z dnia 12 maja 2008

W związku ze zmianą zapisu w art. 72 ust.1 ustawy- Karta Nauczyciela, organy prowadzące szkoły i przedszkola na terenie danej gminy, w ramach środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną, planowaną przez dyrektora w budżecie placówki określają w drodze uchwały Rady Gminy, rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach tej pomocy oraz warunki i sposób ich przyznawania.


WOJTO GMINY
ROKIETNICA
Bartosz Derech

WZÓR

.....
(imię i nazwisko lub nazwa wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania lub siedziby)

W N I O S E K
o przyznanie świadczenia pomocy zdrowotnej

**I. WNISKUJĘ O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA W RAMACH POMOCY
ZDROWOTNEJ W ROKU DLA:**

1. Imię: i nazwisko nauczyciela:

2. Adres zamieszkania
.....
.....

3. Nazwa banku i numer konta:

4. Wnioskowana forma pomocy:

Lp.	Forma pomocy	zaznaczyć odpowiednio znakiem „X”
1.	Zapomoga zdrowotna w przypadku długotrwałego lub przewlekłego leczenia	
2.	Zasiłek na zakup leków	
3.	Refundacja kosztów dojazdów na leczenie i pobyt w szpitalu	
4.	Opłata za zabiegi i operacje	
5.	Refundacja kosztów pobytu w sanatorium, uzdrowisku lub turnusie Rehabilitacyjnym	
6.	Refundacja pomocy leczniczej specjalistycznej	

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

7. Refundacja dodatkowej opieki w czasie choroby

5. Złożenie wniosku uzasadniam

Lp.	Formy leczenia	zaznaczyć odpowiednio znakiem „X”
1.	leczeniem w innej miejscowości z powodu braku placówki służby zdrowia w ich miejscu zamieszkania lub w miejscu pracy	
2.	Leczeniem z powodu przewlekłej choroby lub gdy przebieg choroby jest wyjątkowo ciężki	
3.	Korzystaniem z pomocy leczniczej specjalistycznej poza miejscem zamieszkania lub miejscem pracy	
4.	Ponoszeniem kosztów zakupu środków pomocniczych niezbędnych do wykonywania zawodu w szczególności takich jak: - aparaty słuchowe, - okulary lub szkła kontaktowe (w przypadku nauczycieli wychowania fizycznego)	
5.	Opłacaniem zabiegów leczniczych w sanatoriach, uzdrowiskach lub w ośrodkach rehabilitacyjnych	
6.	Stosowaniem specjalnej diety ze względu na stan zdrowia.	
7.	Korzystaniem z dodatkowej opieki w czasie choroby	

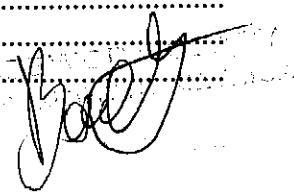
6. Do wniosku dołączam dokumenty potwierdzające zasadność udzielenia pomocy zdrowotnej, w tym:

- stwierdzające wysokość miesięcznego dochodu brutto na osobę w rodzinie,
- zaświadczenie o leczeniu oraz kopie rachunków (oświadczenie) poniesionych kosztów leczenia:

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

7. Inne istotne informacje, o których powinien wiedzieć organ przyznający świadczenia:

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



OŚWIADCZENIE

1. Ja niżej podpisany/a – uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 KK za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy zagrożonych kara pozbawienia wolności do lat trzech, składam stosownie do art. 75 § 2 KPA o brzmieniu: „, jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania” – potwierdzam prawdziwość danych zamieszczonych we wniosku.

2. Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji zadań związanych z niniejszym wnioskiem wynikający z obowiązujących przepisów prawa, w systemach informatycznych oraz kartotekach, ewidencjach, skorowidzach, wykazach itp... .

Zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie wglądu do danych osobowych, ich poprawiania i kontroli ich przetwarzania.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

II DECYZJA ORGANU W SPRAWIE PRYZYNIANIA / NIE PRYZYNIANIA * POMOCY ZDROWOTNEJ

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis organu przyznającego)

.....
(pieczęć organu przyznającego)

* - niepotrzebne skreślić

PRZETWORZENIE DANYCH OSOBOWYCH
.....
