

**UCHWAŁA NR XLV/387/2017  
RADY MIASTA SZCZECINEK**

z dnia 10 lipca 2017 roku

**w sprawie rodzaju, warunków i sposobu przyznawania świadczeń zdrowotnych nauczycielom**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 446, z późn. zm.) oraz art. 72 ust.1 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2017 r. poz. 1189 ) po zasięgnięciu opinii związków zawodowych Rada Miasta Szczecinek uchwala, co następuje:

**§ 1.** Określa się rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunki i sposób przyznawania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach, dla których organem prowadzącym jest Miasto Szczecinek.

**§ 2.** Niniejsza uchwała określa:

- 1) rodzaje świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej;
- 2) warunki przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej, w tym osoby uprawnione do korzystania z tej pomocy;
- 3) sposób przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej.

**§ 3.** Ilekroć w uchwale jest mowa bez bliższego określenia o:

- 1) organie prowadzącym - należy przez to rozumieć Miasto Szczecinek;
- 2) szkole - należy rozumieć przez to szkoły lub przedszkole, dla których organem prowadzącym jest Miasto Szczecinek;
- 3) burmistrzowi - należy przez to rozumieć Burmistrza Miasta Szczecinek,
- 4) nauczycielowi – należy przez to rozumieć nauczyciela lub pracownika pedagogicznego, zatrudnionego w jednostce organizacyjnej, dla której organem prowadzącym jest Miasto Szczecinek, również po przejściu na emeryturę lub rentę - bez względu na datę uzyskania świadczeń emerytalnych lub renty.

**§ 4. 1.** Fundusz zdrowotny tworzą środki finansowe wyodrębnione corocznie w budżecie Miasta Szczecinek, z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

2. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określa corocznie uchwała budżetowa Rady Miasta Szczecinek

**§ 5.** Ze środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną mają prawo korzystać nauczyciele, którzy ponoszą koszty związane z:

- 1) leczeniem spowodowanym ciężką lub przewlekłą chorobą;
- 2) korzystaniem z pomocy specjalistycznej, specjalistycznymi badaniami;
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu;
- 4) długotrwałą rehabilitacją, w tym związaną z chorobami zawodowymi i powypadkową.

**§ 6. 1.** Pomoc zdrowotna jest udzielana w formie jednorazowego, bezzwrotnego świadczenia finansowego.

2. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest 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, itp.);
- 2) wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia;
- 3) sytuacji materialnej w gospodarstwie domowym nauczyciela;
- 4) możliwości finansowych funduszu zdrowotnego, określonych liczbą pozytywnie rozpatrzonych wniosków i wysokości kosztów ponoszonych na leczenie przez nauczycieli.

3. W przypadku braku środków na pełne pokrycie potrzeb świadczenie będzie przyznawane częściowo lub nie będzie przyznane.

§ 7. Osobami uprawnionymi do korzystania z funduszu zdrowotnego są:

- 1) nauczyciele zatrudnieni w szkołach lub przedszkolu publicznym;
- 2) nauczyciele po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne, zatrudnieni w państwowych oświatowych, dla których organem prowadzącym jest Miasto Szczecinek.

§ 8. 1. Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie przez nauczyciela w terminie do 31 maja lub 30 listopada danego roku wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej, na formularzu którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- a) zaświadczenie lekarskie;
- b) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (w szczególności faktury lub rachunki za leczenie, badania specjalistyczne, zabiegi, zakup lekarstw, protez, sprzętu rehabilitacyjnego);
- c) inne dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.

3. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w ust. 2, nauczyciel zostanie wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. W przypadku nieusunięcia braków w terminie, o którym mowa powyżej, wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym nauczyciel zostanie poinformowany pisemnie.

§ 9. Wniosek o przyznanie świadczenia uprawniony kieruje za pośrednictwem Komunalnego Centrum Usług Wspólnych do Burmistrza Miasta Szczecinek.

§ 10. 1. Pomoc zdrowotna dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej udzielana jest raz w roku. W uzasadnionych przypadkach świadczenie może być przyznane dwa razy w roku budżetowym.

2. Wysokość przyznanego świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej będzie uzależniona od wysokości środków finansowych zaplanowanych na ten cel w budżecie Miasta Szczecinek i liczby składanych wniosków.

3. Decyzję o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej podejmuje Burmistrz Miasta Szczecinek.

4. Obsługę środków finansowych oraz wypłatę świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej prowadzi Komunalne Centrum Usług Wspólnych w Szczecinku.

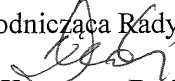
5. Informację o rozpatrzeniu wniosku przekazuje się wnioskodawcy w ciągu 30 dni od terminów, o których mowa § 8 ust. 1.

6. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przechodzą na rok następny.

§ 11. Traci moc uchwała Nr XI/90/2007 Rady Miasta Szczecinek z dnia 18 czerwca 2007 r. w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkola prowadzonych przez Miasto Szczecinek oraz warunków i sposobu jej przyznawania (Dz. Urz. Województwa Zachodniopomorskiego Nr 87 poz. 1462).

§ 12. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Szczecinek.

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

Przewodnicząca Rady Miasta  
  
Katarzyna Dudź

**Komunalne Centrum Usług Wspólnych w Szczecinku**

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI  
Uzasadnienie**

**Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek:**

imię i nazwisko .....

adres zamieszkania .....

telefon kontaktowy .....

status wnioskodawcy .....

*(nauczyciel, emeryt, rencista)*

Szkoła, w której nauczyciel był lub jest zatrudniony

.....

**Dane pełnomocnika bądź opiekuna:**

*(wypełnić w przypadku, gdy wniosek składa pełnomocnik bądź opiekun nauczyciela)*

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

.....

.....

.....

.....

.....

**Uzasadnienie**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*(Uzasadnienie powinno zawierać m.in. informacje dotyczące poniesionych przez nauczyciela kosztów korzystania z opieki zdrowotnej, w szczególności specjalistycznych usług medycznych, zakupu lekarstw, sprzętu medycznego lub ortopedycznego, rehabilitacji zdrowotnej, korzystania z lecznictwa uzdrowiskowego.)*

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

- 1) zaświadczenie lekarskie,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (w szczególności faktury lub rachunki za leczenie, badania specjalistyczne, zabiegi, zakup lekarstw, protez, sprzętu rehabilitacyjnego),
- 3) dokumenty uzasadniające przyznanie pomocy zdrowotnej.
- 4) inne (np. pełnomocnictwo) .....
- .....
- .....
- .....

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że:

- a) średnia wysokość dochodów (netto\*) na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną, wynosi:.....zł, słownie:.....
- .....
- b) liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ..... osób,

2. Oświadczam, że koszty przedstawione w dokumentach potwierdzających poniesione koszty leczenia nie były refundowane z innych źródeł.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) w zakresie niezbędnym do jego zaopiniowania i przyznania świadczenia.

W przypadku przyznania pomocy zdrowotnej w formie zasiłku pieniężnego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli proszę o wpłatę środków na:

numer osobistego rachunku bankowego:

.....

nazwa banku:

.....

\* Dochód netto tj. dochód pomniejszony o składki na ubezpieczenie zdrowotne, społeczne oraz zaliczki na podatek dochodowy. Do dochodu tego wlicza się wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę, umowy zlecenia i o dzieło, wynagrodzenia za pracę dorywczą, świadczenia rodzinne i pielęgnacyjne, renty, emerytury, alimenty, zasiłki dla bezrobotnych, dochody z pozarolniczej działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego, świadczenia z pomocy społecznej (zasiłki stałe i okresowe), dochody z majątku rodziny (czynsze najmu i dzierżawy).

data i podpis wnioskodawcy: .....

Przewodnicząca Rady Miasta

  
Katarzyna Dudź