

UCHWAŁA NR VI/61/2015
RADY MIEJSKIEJ W PRUDNIKU

z dnia 26 lutego 2015 r.

w sprawie określenia rodzajów świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli placówek oświatowych prowadzonych przez Gminę Prudnik oraz warunków i sposobu ich przyznawania

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2013 r. poz. 594, 645, 1318; z 2014 r. poz. 379, 1072) i art. 72 ust. 1 i 4 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2014 r. poz. 191) Rada Miejska w Prudniku uchwala, co następuje:

§ 1. 1. Pomoc zdrowotna dla nauczycieli udzielana jest w formie bezwrotnego świadczenia pieniężnego.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 przyznaje Burmistrz Prudnika.

§ 2. Z pomocy zdrowotnej mają prawo korzystać nauczyciele, którzy:

- 1) leczą się z powodu przewlekłej i ciężkiej choroby;
- 2) wymagają rehabilitacji;
- 3) korzystają z leczenia szpitalnego;
- 4) potrzebują dodatkowej opieki medycznej.

§ 3. 1. Wysokość przyznanej pomocy zdrowotnej uzależniona jest od:

- 1) przebiegu choroby i okoliczności z tym związanych;
- 2) wysokości udokumentowanych poniesionych kosztów leczenia;
- 3) wysokości dochodów, przypadających na jednego członka rodziny.

2. Kwota przyznanej jednorazowo pomocy zdrowotnej nie może być wyższa niż 1 000 zł.

§ 4. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez zainteresowanego nauczyciela wniosku do Burmistrza Prudnika za pośrednictwem dyrektora placówki oświatowej, zgodnie z ust. 3 i 4, według wzoru stanowiącego załącznik do uchwały.

2. Do wniosku należy dołączyć dokumenty uzasadniające konieczność przyznania pomocy, w szczególności poświadczające stan zdrowia i poniesione koszty leczenia:

- 1) aktualne zaświadczenia lekarskie, potwierdzające leczenie nauczyciela;
- 2) oryginalne imiennie dokumenty (rachunki, faktury), potwierdzające poniesione koszty leczenia;
- 3) oświadczenie o dochodach brutto na członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o pomoc zdrowotną.

3. Wnioski składa się do dyrektora placówki macierzystej, który dokonuje weryfikacji złożonej dokumentacji pod względem formalnym i przekazuje je Burmistrzowi do 15 dnia miesiąca kończącego się kwartału.

4. Nauczyciele emeryci, renciści i otrzymujący świadczenie kompensacyjne składają wniosek za pośrednictwem dyrektora placówki, w której byli zatrudnieni przed przejściem na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne lub do której zostali przypisani po likwidacji placówki.

5. Na wniosku dyrektor potwierdza uprawnienie nauczyciela do uzyskania pomocy.

6. Złożenie wniosku nie rodzi prawa do przyznania pomocy zdrowotnej.

§ 5. 1. Rozpatrywanie wniosków o przyznanie pomocy zdrowotnej odbywa się raz na kwartał.

2. Odmowa przyznania pomocy zdrowotnej następuje w formie pisemnej i musi zawierać uzasadnienie.

3. Wnioski bez wymaganej dokumentacji nie będą rozpatrywane.

4. W sytuacjach wyjątkowych, na wniosek nauczyciela, pomoc zdrowotna może być przyznana poza określonym terminem.

5. Pomoc zdrowotną nauczyciel może otrzymać raz w roku.

§ 6. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Prudnika.

§ 7. Traci moc Uchwała Nr XVII/149/2007 Rady Miejskiej w Prudniku z dnia 25 października 2007 r. w sprawie rodzajów oraz warunków i sposobu przyznawania świadczeń pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

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

Przewodniczący Rady
Miejskiej


Zbigniew Kosiński

Załącznik do Uchwały Nr VI/61/2015
Rady Miejskiej w Prudniku
z dnia 26 lutego 2015 r.

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ DLA NAUCZYCIELI

Wnioskodawca:

.....
Adres zamieszkania i nr telefonu:.....
Nazwa i adres szkoły, w której wnioskodawca jest/był zatrudniony

Uzasadnienie:

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

(aktualne zaświadczenie lekarskie, faktury, rachunki, pobyt w szpitalu itd.):

- 1
- 2
- 3
- 4

Adnotacja dyrektora szkoły:

Potwierdza się, że Pan(i)
jest* / nie jest* osobą uprawnioną do korzystania z pomocy zdrowotnej dla nauczycieli.

.....

.....

.....

(pieczęć szkoły)

(data i podpis dyrektora)

Oświadczenie

Oświadczam, że średnia wysokość moich dochodów (brutto) na osobę w rodzinie ze wszystkich źródeł z 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o pomoc zdrowotną wynosi:
..... słownie :

Formy płatności

1. Nr konta bankowego osoby uprawnionej* :

.....

2. Kasa GZOiW*

.....

(data i podpis wnioskodawcy)