



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Szczecin, dnia 30 stycznia 2017 r.

Poz. 497

UCHWAŁA NR XXXI/169/16 RADY GMINY ŚWIESZYNO

z dnia 29 grudnia 2016 r.

w sprawie rodzaju, warunków i sposobu przyznawania świadczeń pomocy zdrowotnej 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 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2016 r. poz. 1379 z późn. zm.), po zasięgnięciu opinii związków zawodowych uchwala się, co następuje:

§ 1. 1. Świadczenia przyznawane w ramach pomocy zdrowotnej udzielane są w formie jednorazowej bezzwrotnej zapomogi o charakterze socjalnym.

2. Wysokość zapomogi jest uzależniona od wysokości środków finansowych zaplanowanych na ten cel w budżecie Gminy Świeszyno oraz od liczby złożonych i pozytywnie rozpatrzonych wniosków.

3. Pomoc zdrowotna, o której mowa w ust. 1, korzysta ze zwolnienia od podatku dochodowego w przypadkach określonych w art. 21 ust. 1 pkt 26 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych – w pozostałych przypadkach podlega opodatkowaniu.

§ 2. 1. Zapomoga przyznawana jest w związku z:

- 1) przewlekłą i długotrwałą chorobą lub ciężkim przebiegiem choroby;
- 2) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym z koniecznością dalszego leczenia w domu,
- 4) długotrwałą rehabilitacją w tym powypadkową,
- 5) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego ułatwiającego dalsze funkcjonowanie.

2. Zapomoga obejmuje całkowitą lub częściową refundację poniesionych kosztów związanych z :

- 1) zakupem leków i materiałów medycznych,
- 2) rehabilitacją,
- 3) badaniami specjalistycznymi,
- 4) dojazdami na leczenie specjalistyczne poza obszar powiatu koszalińskiego,
- 5) zakupem sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego.

§ 3. Wysokość zapomogi uzależniona jest w szczególności od:

- 1) wpływu choroby na sytuację materialną (przebieg choroby, specjalistyczne badania, dodatkową opiekę, dojazdy),
- 2) wysokości poniesionych kosztów leczenia,
- 3) sytuacji materialnej wnioskodawcy.

§ 4. 1. Pomoc zdrowotną przyznaje się na wniosek uprawnionego nauczyciela.

2. Wzór wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

3. Do wniosku dołącza się:

- a) zaświadczenie lekarskie o leczeniu lub inną dokumentację przebytego leczenia,
- b) oświadczenie nauczyciela o dochodach uzyskiwanych przez wszystkie osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym;
- c) zaświadczenia, rachunki dokumentujące poniesione koszty związane z leczeniem lub rehabilitacją albo oświadczenie o poniesionych kosztach leczenia.

4. Dokumenty powinny być złożone w formie oryginałów lub kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę.

5. Wzór oświadczenia o dochodach i oświadczenia o poniesionych kosztach leczenia stanowi załącznik nr 2 do uchwały.

6. Złożenie wniosku nie jest jednoznaczne z uzyskaniem świadczenia.

§ 5. 1. Wniosek, o którym mowa w § 4 ust. 1 składa się do Wójta Gminy Świeszyno w danym roku kalendarzowym, nie później jednak niż do dnia 15 listopada każdego roku.

2. Nauczyciele emeryci, renciści i otrzymujący nauczycielskie świadczenie kompensacyjne składają wniosek za pośrednictwem dyrektora szkoły lub placówki, w której byli zatrudnieni przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

3. Na wniosku dyrektor potwierdza fakt odejścia nauczyciela na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne z danej szkoły lub placówki.

§ 6. 1. Wójt Gminy Świeszyno w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku, dokonuje jego analizy i ocenia, czy wniosek spełnia wymogi o których mowa w § 4, a w przypadku stwierdzenia braków przekazuje wniosek do uzupełnienia.

2. Nieuzupełnienie wniosku w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie go bez rozpatrzenia.

§ 7. 1. Decyzję o przyznaniu lub odmowie przyznania zapomogi, o którym mowa w § 1 podejmuje Wójt Gminy Świeszyno.

2. Wnioskodawca otrzymuje informację o przyznaniu lub odmowie przyznania zapomogi w formie pisemnej.

3. Kwota przyznanej zapomogi zostanie niezwłocznie przekazane wnioskodawcy w wybranej przez niego formie.

§ 8. 1. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej rozpatrywane są w terminach do dnia 30 listopada w danym roku kalendarzowym.

2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach wniosek może być złożony i rozpatrzony w innym terminie.

§ 9. Traci moc uchwała Nr X/65/07 Rady Gminy w Świeszynie z dnia 27 września 2007 roku w sprawie świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli (Dz.Urzd. Woj. Zachodniopomorskiego Nr 122, poz. 2321).

§ 10. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Zachodniopomorskiego z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2017 roku.

Przewodniczący Rady Gminy Świeszyno

Stanisław Komar

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr XXXI/169/16
Rady Gminy Świeszyno
z dnia 29 grudnia 2016 r.

Wypełnia nauczyciel.

Imię i nazwisko	
adres zamieszkania, telefon kontaktowy	
Status nauczyciela (zaznaczyć obwódką)	· czynny zawodowo, · emeryt, · rencista, · pobierający nauczycielskie świadczenie kompensacyjne
Szkoła, w której nauczyciel jest lub był ostatnio zatrudniony	

Wypełnia dyrektor szkoły w przypadku nauczyciela pobierającego emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

Potwierdzam, że Pani/Pan jest nauczycielem, który przed przejściem na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne* był zatrudniony w	
..... (pieczęć szkoły) (data i podpis dyrektora)
* niewłaściwe przekreślić	

Wnoszę o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej.

Uzasadnienie:

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

Wybieram następującą formę przekazania świadczenia:

a) na wskazane konto bankowego:

numer konta bankowego:

nazwa i adres banku:

b) osobiście w punkcie kasowy Urzędu Gminy w Świeszynie.

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

1. zaświadczenie lekarskie z dnia lub inną dokumentację przebytego leczenia:
.....,
2. oświadczenie o dochodach uzyskiwanych przez wszystkie osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym;
3.
4.
5.
6. oświadczenie o poniesionych kosztach leczenia lub rehabilitacji.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Gmina Świeszyno- Urząd Gminy Świeszyno, mający siedzibę w Świeszynie nr 71, 76-024 Świeszyno;
- 2) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust.1 pkt 2 i 27 ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2016 r. poz. 922 z późn.zm.)
- 3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji wniosku o przyznanie świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej (art. 72 Karty Nauczyciela),
- 4) moje dane osobowe będą udostępniane jedynie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
- 5) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości realizacji przedmiotowego wniosku;
- 6) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....

data i czytelny podpis wnioskodawcy

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr XXXI/169/16
Rady Gminy Świeszyno
z dnia 29 grudnia 2016 r.

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Imię i nazwisko nauczyciela	
adres	

Oświadczam, że w moim gospodarstwie domowym średni miesięczny dochód netto z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wyniósł w przeliczeniu na jedną osobę:zł.

(słownie)

Sposób wyliczenia:

1.	Liczba osób w gospodarstwie domowym (dot. wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)	
2.	Dochód nauczyciela (z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku)	
3.	Dochód pozostałych osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego (z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku)	
4.	Łączny dochód gospodarstwa domowego (poz. 2 + poz. 3)	
5.	Średni miesięczny dochód przypadający na jednego członka gospodarstwa domowego (poz. 4 podzielona przez poz. 1 , podzielony przez 3)	

OŚWIADCZENIE O PONIESIONYCH KOSZTACH LECZENIA

Oświadczam, że poniosłam/ poniosłem następujące koszty związane z:

1.	zakupem leków i materiałów medycznych	
2.	rehabilitacją	
3.	badaniami specjalistycznymi	
4.	dojazdami na leczenie specjalistyczne	
5.	zakupem sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego	
6.	razem wszystkie koszty	

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis nauczyciela)