

**UCHWAŁA NR LIII/416/2014
RADY MIEJSKIEJ W ZDZIESZOWICACH**

z dnia 23 października 2014 r.

w sprawie określenia rodzaju, warunków i sposobu przyznawania świadczeń realizowanych w ramach funduszu zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnianych w szkołach i przedszkolach prowadzonych przez gminę Zdzeszowice

Na podstawie art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r. poz. 191) **Rada Miejska w Zdzeszowicach uchwala, co następuje:**

Postanowienia ogólne

§ 1. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnianych w szkołach i przedszkolach prowadzonych przez gminę Zdzeszowice zwanych dalej nauczycielami w danym roku kalendarzowym określone są w uchwale budżetowej Rady Miejskiej w Zdzeszowicach.

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

§ 3. Środkami finansowymi wymienionymi w § 1 dysponuje Burmistrz Zdzeszowic.

Rodzaje świadczeń

§ 4. Pomoc udzielona jest w formie zapomogi pieniężnej zwanej dalej zapomogą i przysługuje tylko raz w roku kalendarzowym.

§ 5. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, w ramach posiadanych środków, nauczyciel może otrzymać zapomogę więcej niż raz w roku.

§ 6. 1. Wysokość przyznanej zapomogi uzależniona jest od rodzaju i przebiegu choroby, a w szczególności od poniesionych kosztów leczenia oraz od wysokości dochodów, przypadających na jednego członka rodziny nauczyciela.

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

Warunki i sposób przyznawania świadczenia

§ 7. 1 Warunkiem przyznania świadczenia z funduszu zdrowotnego jest złożenie wniosku o zapomogę (załącznik nr 1) wraz z dokumentacją wymienioną w ust. 2.

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

- 1) Aktualne zaświadczenia lekarskie;
- 2) Dokumenty imiennie potwierdzające poniesione koszty leczenia (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem);
- 3) Oświadczenie o dochodach netto na członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o zapomogę.

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

§ 8. 1. Burmistrz rozpatruje złożone wnioski co najmniej raz na kwartał i przyznaje zapomogę oraz określa jej wysokość.

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

3. Wnioski bez wymaganej dokumentacji nie będą rozpatrywane.

4. W sytuacjach wyjątkowych na wniosek nauczyciela z uwagi na jego ważny interes świadczenie może być przyznane poza terminem określonym w § 8 ust. 1.

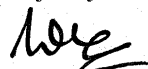
Postanowienia końcowe

§ 9. Traci moc Uchwała Nr VIII/58/07 Rady Miejskiej w Zdieszowicach z dnia 22 maja 2007 r. w sprawie określenia rodzaju i sposobu przyznawania świadczeń realizowanych w ramach funduszu zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach prowadzonych przez gminę Zdieszowice (Dz. Urz. Woj. Op. z 2007 r. Nr 47, poz. 1584).

§ 10. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Zdieszowic.

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

Przewodnicząca Rady
Miejskiej



Monika Wąsik - Kudła

Załącznik do Uchwały Nr LIII/416/2014
Rady Miejskiej w Zdzeszowicach
z dnia 23 października 2014 r.

**WNIOSEK O PRYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO
NA POMOC ZDROWOTNĄ 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

5

6

Oświadczenie

Oświadczam, że średnia wysokość moich dochodów (netto) na osobę w rodzinie ze wszystkich źródeł z 3 miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną wynosi:

.....słownie :.....

Formy płatności

1. Nr konta bankowego osoby uprawnionej :

.....

2. Kasa Urzędu Miejskiego

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Adnotacje o sposobie załatwienia sprawy

W przypadku negatywnej decyzji należy uzasadnić:

.....

.....

.....

.....
(data i podpis Burmistrza)

