

**UCHWAŁA NR XLI/47/18
RADY MIEJSKIEJ W ŻARACH**

z dnia 26 kwietnia 2018 r.

**w sprawie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli prowadzonych przez Gminę Żary
o statusie miejskim**

Na podstawie art. 72 ust. 1w związku z art. 91d pkt. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U z 2017 r. poz. 1189, poz. 60 i poz.2203), po zasięgnięciu opinii związków zawodowych, Rada Miejska w Żarach uchwała, co następuje:

§ 1. 1. Fundusz zdrowotny tworzą środki finansowe wyodrębnione corocznie w budżecie Gminy Żary o statusie miejskim, z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

2. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określa corocznie uchwała budżetowa Gminy Żary o statusie miejskim.

3. Środkami funduszu zdrowotnego zarządza Burmistrz Miasta Żary.

§ 2. 1. Ustala się, że ze środków funduszu zdrowotnego będą wypłacane zasiłki zdrowotne, a osobami uprawnionymi do ich otrzymania są nauczyciele zatrudnieni w wymiarze co najmniej 1/2 obowiązkowego wymiaru zajęć dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych, w szkołach i przedszkolach prowadzonych przez Gminę Żary o statusie miejskim. Świadczenia przyznawane są nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej w związku z:

- 1) zwiększonymi kosztami leczenia spowodowanymi ciężką lub przewlekłą chorobą;
- 2) korzystaniem z pomocy specjalistycznej, w tym specjalistycznych badań;
- 3) długotrwałym leczeniem szpitalnym, z koniecznością dalszego leczenia w domu;
- 4) długotrwałą rehabilitacją, w tym związaną z chorobami zawodowymi i powypadkową;
- 5) koniecznością zakupu leków, zaleconych przez lekarza związanych z procesem leczenia;
- 6) koniecznością zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego (m.in. zakup szkieł korekcyjnych, aparatu słuchowego, elementów protetyki stomatologicznej itp.).

2. Uprawnienia, o których mowa w ust. 1, nauczyciele zachowują po przejściu na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne bez względu na datę przejścia na emeryturę, rentę lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

§ 3. 1. Pomoc ze środków funduszu zdrowotnego w formie bezzwrotnego zasiłku zdrowotnego może być przyznana nauczycielowi corocznie, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W uzasadnionych przypadkach pomoc ze środków funduszu zdrowotnego może być przyznana ponownie w tym samym roku.

3. Przyznanie i ustalenie wysokości zasiłku zdrowotnego uzależnia się od:

- 1) sytuacji materialnej nauczyciela i jego rodziny;
- 2) wysokości poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia;
- 3) przebiegu choroby i związanych z tym okoliczności wpływających na sytuację materialną nauczyciela (konieczność stosowania specjalistycznych leków, zapewnienia dodatkowej opieki, częstotliwości i sposobu dojazdu do lekarza itp.);
- 4) wysokość zasiłku zdrowotnego nie może przekraczać 50% kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę, określonego corocznie w obwieszczeniu Rady Ministrów na podstawie art. 2 ust. 4 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz.U. z 2017, poz. 847).

§ 4. 1. Wniosek o przyznaniu zasiłku zdrowotnego nauczyciel kieruje do Burmistrza Miasta Żary za pośrednictwem dyrektora placówki oświatowej wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Do wniosku o przyznanie zasiłku zdrowotnego dołącza się:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela;
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia;
- 3) oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny pozostającego/yh z nauczycielem we wspólnym gospodarstwie domowym (wzór oświadczenia o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela - stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały).

3. Jeżeli wniosek nie spełnia wymagań formalnych, w tym zawiera braki w dokumentacji, o której mowa w ust. 2, wniosek będzie pozostawiony bez rozpatrzenia, o czym nauczyciel zostanie poinformowany pisemnie.

4. Do złożenia wniosku o przyznanie zasiłku zdrowotnego uprawnieni są:

- 1) zainteresowany nauczyciel, o którym mowa w § 2 niniejszej uchwały;
- 2) opiekun nauczyciela, jeżeli nauczyciel nie jest zdolny osobiście do podejmowania czynności w tym zakresie.

5. Terminy składania wniosków ustala się dwa razy w roku kalendarzowym: pierwszy - do 30 maja oraz drugi - do 30 października.

§ 5. W celu weryfikacji złożonych wniosków, racjonalnego i jawnego gospodarowania środkami zaplanowanymi na pomoc zdrowotną nauczycieli, Burmistrz powołuje - odrębnym zarządzeniem Komisję ds. Funduszu Zdrowotnego nauczycieli oraz określa zasady jej funkcjonowania.

§ 6. Decyzje w sprawach przyznania zasiłku zdrowotnego i jego wysokości podejmuje Burmistrz Miasta Żary, po zapoznaniu się z opiniami i propozycjami komisji. O sposobie załatwienia wniosku Burmistrz Miasta Żary informuje wnioskodawcę na piśmie.

§ 7. Wypłata świadczenia przyznanego nauczycielowi w ramach pomocy zdrowotnej dokonywana jest przez Gminę Żary o statusiem miejskim.

§ 8. Traci moc uchwała NR XLIII/145/10 Rady Miejskiej w Żarach z dnia 29 lipca 2010 r. w sprawie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i przedszkoli prowadzonych przez Gminę Żary o statusie miejskim.

§ 9. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Żary.

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

Przewodniczący Rady

Marian Popławski

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr XLI/47/18
Rady Miejskiej w Żarach
z dnia 26 kwietnia 2018 r.

**Burmistrz Miasta Żary za pośrednictwem Dyrektora placówki oświatowej
Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej
dla nauczycieli czynnych oraz emerytów i rencistów - byłych nauczycieli**

..... (imię i nazwisko wnioskodawcy)

..... (miejscowość, data)

..... (adres zamieszkania i numer telefonu)

..... (wymiar zatrudnienia nauczyciela)

..... (imię i nazwisko dyrektora szkoły)

..... (nazwa i adres szkoły)

UZASADNIENIE

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

..... (podpis wnioskodawcy)

W załączeniu:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia nauczyciela,
- 2) posiadane dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia,
- 3) oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny pozostającego/y z nauczycielem we wspólnym gospodarstwie domowym (oświadczenie o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela - stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały,
- 4) inne (.....).

Opinia Komisji i proponowana wysokość pomocy finansowej:

.....
.....

Podpisy członków Komisji:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Decyzja Burmistrza Miasta Żary szkoły:¹⁾

1) o przyznaniu pomocy zdrowotnej w wysokości:.....

2) o odmowie przyznana pomocy zdrowotnej z powodu:.....
.....
.....

..... (podpis Burmistrza Miasta Żary)

¹⁾ niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr XLI/47/18
Rady Miejskiej w Żarach
z dnia 26 kwietnia 2018 r.

**Oświadczenie
o sytuacji materialnej rodziny nauczyciela**

Nazwisko i imię nauczyciela

.....

Adres

.....

Niniejsze oświadczenie składam w celu przyznania mi świadczenia w ramach pomocy zdrowonej.

Oświadczenie o dochodach:

Lp.	Określenie rodzaju dochodu i członków rodziny nauczyciela, których dochód dotyczy	Wysokość dochodu ¹⁾ brutto (w zł)
1	Liczba osób w rodzinie (dot. wszystkich członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)	
2	Dochów nauczyciela ubiegającego się o pomoc zdrowotną, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	
3	Dochód współmałżonka i pozostałych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku	
4	Łączny dochów rodziny uzyskany w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (poz. 2 + poz. 3)	
5	Średni miesięczny dochód brutto przypadający na jednego członka rodziny (poz. 4 : poz. 1 podzielony przez 3)	

¹⁾wysokość dochodów ze wszystkich źródeł przychodu, podlegających lub niepodlegających opodatkowaniu (do dochodu wlicza się: wszelkie zasiłki, w tym rodzinny i pielęgnacyjny, zasiłki z opieki społecznej, dochód z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego oraz inne wynikające ze stosunku pracy, umowy zlecenia, umowy o dzieło) uzyskanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o pomoc zdrowotną.

Ostatni raz z pomocy zdrowotnej korzystałem(em)

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis nauczyciela)

Załącznik Nr 3 do Uchwały Nr XLI/47/18
Rady Miejskiej w Żarach
z dnia 26 kwietnia 2018 r.

Oświadczenie

.....
Imię i nazwisko

.....
funkcja w składzie Komisji ds. Funduszu Zdrowotnego Nauczycieli

Oświadczenie

Oświadczam, że znane mi są przepisy ustawy z dnia o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 i z 2018 poz. 138) i zobowiązuję się do przestrzegania ich postanowień oraz zachowania w tajemnicy wszystkich danych, do których miałem(am) dostęp w związku z pracami Komisji.

.
.....
Data i podpis członka Komisji