

**UCHWAŁA NR 235/7/XXXIII/17
RADY MIEJSKIEJ W IŁOWEJ**

z dnia 25 stycznia 2017 r.

o zmianie uchwały w sprawie zasad udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest gmina Iłowa

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 i 1579) oraz art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2016 r. poz. 1379), *po uzgodnieniu ze związkami zawodowymi*, uchwała się co następuje:

§ 1. W uchwale Nr 47/5/VII/07 Rady Miejskiej w Iłowej z 26 kwietnia 2007 r. w sprawie zasad udzielania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek oświatowych, dla których organem prowadzącym jest gmina Iłowa, wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 8

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Wnioski rozpatruje komisja powołana odrębnie w każdej szkole, w skład której wchodzi dyrektor szkoły (zespołu szkół) lub jego zastępca, po jednym przedstawicielu organizacji związkowych działających na terenie szkoły oraz przedstawiciel Centrum Usług Wspólnych w Iłowej z ramienia organu prowadzącego.”

b) ust. 4 pkt. 3 otrzymuje brzmienie:

„3) rodziców nauczyciela wnioskodawcy, którzy nie posiadają własnego źródła dochodów,”;

2) w § 9

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Wysokość pomocy związanej z długotrwałą chorobą lub leczeniem realizowana jest w postaci refundacji 50% kosztów leczenia nauczyciela, jeżeli w okresie trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku koszty leczenia nauczyciela wyniosły co najmniej 50% dochodu w przeliczeniu na jednego członka rodziny, określonego zgodnie z § 8 ust. 3, jednak nie więcej niż 800 złotych w ciągu jednego roku kalendarzowego.”

b) uchyla się ust. 2. i ust. 3;

3) załącznik do uchwały otrzymuje brzmienie zgodne z załącznikiem do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Iłowej.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady

Mirosław Wdowiak

ADNOTACJE URZĘDOWE	
Data wpływu wniosku	
Numer wniosku	

Załącznik do Uchwały Nr 235/7/XXXIII/17
 Rady Miejskiej w Iłowej
 z dnia 25 stycznia 2017 r.

DYREKTOR

.....

 (nazwa szkoły/przedszkola/zespołu szkół)

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

(dot. pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej ze środków finansowych Gminy Iłowa na podstawie art. 72 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2016 r. poz. 1379)).

Dane wnioskodawcy	
Nazwisko i imię wnioskodawcy	
Numer renty lub emerytury ¹	
Adres zamieszkania	
Miejscowość	
Ulica/numer domu, mieszkania	
Telefon (nieobowiązkowo)	
Adres do korespondencji ²	
Miejscowość	
Ulica/numer domu, mieszkania	
Proszę o przyznanie refundacji poniesionych kosztów leczenia w związku z długotrwałą chorobą lub leczeniem związaną z (odpowiednie zaznaczyć):	
<input type="checkbox"/> leczeniem się w poradni onkologicznej, <input type="checkbox"/> leczeniem się w poradni specjalistycznej na przewlekłe choroby: kardiologiczne, neurologiczne laryngologiczne, układu oddechowego, stomatologiczne, narządów ruchu, choroby wewnętrzne, ginekologiczne, reumatologiczne i inne choroby przewlekłe, <input type="checkbox"/> zabiegiem operacyjnym w wyniku którego utracono narządy wewnętrzne lub zewnętrzne, <input type="checkbox"/> rekonwalescencją wymagającą wysokokalorycznej diety, <input type="checkbox"/> długotrwałego leczenia się w poradni lub gabinecie stomatologicznym, <input type="checkbox"/> odbyli co najmniej 2 - tygodniowe leczenie szpitalne, <input type="checkbox"/> przebyli choroby okresowe trwające co najmniej 30 dni, <input type="checkbox"/> korzystają z leczenia specjalistycznego poza miejscem zamieszkania (z uwagi na brak specjalistów w miejscu zamieszkania).	

¹ Wypełnić, jeżeli dotyczy wnioskodawcy

² Wypełnić gdy jest inny niż zamieszkania

na dowód powyższego załączam:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(należy podać rodzaj dowodu potwierdzającego długotrwałą chorobę lub leczenie oraz przez kogo wydane)

Wnoszę o refundację następujących kosztów związanych z długotrwałą chorobą lub leczeniem:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(należy wymienić rodzaj kosztu/ów i jego kwotę/y)

na łączną kwotę _____ złotych.

na dowód powyższego załączam:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(należy wymienić rodzaj dowodu finansowego, jego numer oraz datę wystawienia)

które załączam do niniejszego wniosku ³

³ w przypadku załączania kserokopii dowodów finansowych, powinny one być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez odpowiednią szkołę/przedszkole/zespół szkół do której składany jest wniosek.

Sytuacja materialna rodziny nauczyciela wnioskodawcy:

1. Liczba osób w rodzinie⁴.....,

2. Źródła oraz kwota miesięcznego dochodu (netto) rodziny uzyskanego w okresie trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku:

wynagrodzenia ze stosunku pracy	..... zł
działalność gospodarcza wykonywana osobiście (w tym umowy o dzieło i zlecenia)	..... zł
dochody z gospodarstwa rolnego	..... zł
emerytura – renta, renta strukturalna	..... zł
Renta socjalna	..... zł
zasiłek rodzinny oraz dodatki do zasiłku rodzinnego	..... zł
zasiłek pielęgnacyjny	..... zł
świadczenie pielęgnacyjne	..... zł
zasiłek dla bezrobotnych	..... zł
zasiłki z pomocy społecznej	..... zł
Alimenty	..... zł
dodatek mieszkaniowy	..... zł
stypendia o charakterze socjalnym	..... zł
inne dochody (jakie) .....	..... zł
ŁĄCZNY dochód z trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku	..... zł
ŚREDNI miesięczny dochód członków rodziny	..... zł
DOCHÓD miesięczny przypadający na jednego członka rodziny	..... zł

⁴ za członka rodziny uważa się nauczyciela wnioskodawcę, jego małżonka, rodziców nauczyciela wnioskodawcy, którzy nie posiadają własnego źródła dochodów, pozostające na utrzymaniu nauczyciela lub nauczyciela i jego małżonka dzieci w wieku do 18 lat, pozostające na utrzymaniu nauczyciela lub nauczyciela i jego małżonka dzieci uczęszczające do szkoły ponadgimnazjalnej, nie dłużej jednak niż do ukończenia 21 roku życia; w przypadku dzieci kończących szkołę ponadgimnazjalną okres uprawniający do otrzymania na tą osobę dodatku kończy się z dniem 30 września roku ukończenia szkoły, pozostające na utrzymaniu nauczyciela lub nauczyciela i jego małżonka niepracujące dzieci będące studentami, do czasu ukończenia studiów wyższych, nie dłużej jednak niż do ukończenia 26 roku życia oraz pozostające na utrzymaniu nauczyciela lub nauczyciela i jego małżonka dzieci niepełnosprawne nieposiadające własnego źródła dochodów.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wynikających z realizacji pomocy w formie stypendium szkolnego, ich udostępniania osobom trzecim oraz ich ewentualnego przetwarzania przez osoby trzecie w celach wynikających z realizacji i rozliczeń finansowych.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Przyznaną pomoc w formie pieniężnej proszę wypłacić w kasie/przekazać na konto nr: ⁵

.....
(proszę podać nazwę banku i pełny numer konta bankowego)

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Wykaz załączników:

.....
⁵ Niepotrzebne skreślić

Adnotacje urzędowe

Komisja powołana przez Dyrektora
(nazwa szkoły/przedszkola/zespołu szkół)

w drodze zarządzenia nr z dnia

w składzie:

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

po rozpatrzeniu wniosku Pana/i z dnia

orzeka nie przyznać / przyznać ⁶ pomoc zdrowotną dla nauczyciela korzystającego z opieki

zdrowotnej w kwocie złotych

UZASADNIENIE

W związku ze spełnieniem warunków przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczyciela korzystającego z opieki zdrowotnej określonych w uchwale Rady Miejskiej w Iłowej Nr ____/7/____/16 z dnia na podstawie § 9 ust. 1/§ 9 ust. 4 ⁶ ww uchwały, komisja ustaliła co następuje:

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

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

(podpisy członków komisji)

⁶ niepotrzebne skreślić