

**UCHWAŁA NR 271/7/XXXV/17
RADY MIEJSKIEJ W IŁOWEJ**

z dnia 29 marca 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, 1579 i 1948) 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 oraz z 2017 r. poz. 60), po uzgodnieniu ze związkami zawodowymi, uchwala 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) § 1 otrzymuje brzmienie:

„§ 1. Ilekroć w treści uchwały jest mowa bez bliższego określenia o nauczycielu, należy przez to rozumieć nauczyciela, nauczyciela przebywającego na emeryturze lub rencie, pobierającego świadczenie kompensacyjne, dyrektora i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w szkołach.”;

2) w § 8 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Za członka rodziny, o którym mowa w ust. 3, uważa się osoby spokrewnione z nauczycielem lub niespokrewnione pozostające faktycznie w związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące.”;

3) § 9 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Jeżeli wnioskodawca złoży wniosek niekompletny lub jeżeli wnioskodawca nie spełnia warunków otrzymania refundacji kosztów, określonych w niniejszej uchwale, komisja odmawia przyznania refundacji kosztów.”;

4) załącznik do uchwały otrzymuje brzmienie, jak w załączniku 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 271/7/XXXV/17

Rady Miejskiej w Iłowej

z dnia 29 marca 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 związanym 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"/> długotrwałym leczeniem się w poradni lub gabinecie stomatologicznym, <input type="checkbox"/> co najmniej 2 – tygodniowym leczeniem szpitalnym <input type="checkbox"/> przebyciem choroby okresowej trwającej co najmniej 30 dni, <input type="checkbox"/> korzystaniem 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

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