

UCHWAŁA Nr / /2024
RADY GMINY ROKIETNICA
z dnia 2024 roku

w sprawie: określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1465), art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela, (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 986)

Rada Gminy Rokietnica uchwala co następuje:

§ 1. Nauczycielom, o których mowa w art.72 ust. 1 i 4 ustawy Karta Nauczyciela, zwanym dalej „nauczycielami”, przyznaje się świadczenia finansowe w ramach pomocy zdrowotnej z zaplanowanych w budżecie gminy w wysokości 1%, środków przeznaczonych na wynagrodzenia zasadnicze nauczycieli”.

§ 2. Funduszem zdrowotnym dysponuje Wójt Gminy Rokietnica.

§ 3. Świadczenia, o których mowa w § 1, przyznawane są w formie zapomogi zdrowotnej.

§ 4. Ze świadczeń pomocy zdrowotnej w formie zapomogi zdrowotnej mają prawo korzystać nauczyciele, którzy:

- 1) Leczą się z powodu przewlekłej, długotrwałej ciężkiej choroby.
- 2) Leczą się w innej miejscowości z powodu braku placówki służby zdrowia w ich miejscu zamieszkania.
- 3) Zmuszeni są do korzystania z pomocy specjalistycznej poza miejscem zamieszkania.
- 4) Zakupują środki pomocnicze konieczne do wykonywania zawodu nauczyciela lub niezbędne do codziennego funkcjonowania takie jak:
 - a) protezy kończyn, narządu wzroku,
 - b) aparaty słuchowe,
 - c) okulary: refundacja do kwoty 500,00 zł., jeden raz na dwa lata,
 - d) soczewki kontaktowe w przypadku nauczycieli wychowania fizycznego- refundacja do kwoty 500,00 zł., jeden raz na dwa lata,
 - e) sprzęt rehabilitacyjny,
- 5) Opłacają koszty zabiegów leczniczych w sanatoriach, uzdrowiskach lub ośrodkach rehabilitacyjnych z przyczyn określonych w punkcie 1, zgodnie ze skierowaniem lekarza,
- 6) Opłacają pobyt w sanatorium na podstawie skierowania lekarza.

- 7) Ze względu na stan zdrowia stosują specjalną dietę, zaleconą przez lekarza,
- 8) Korzystają z dodatkowej opieki osób trzecich w czasie choroby.

§ 5. 1. Warunkiem przyznania pomocy zdrowotnej jest złożenie przez nauczyciela wniosku na druku, stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

2. Do wniosku należy dołączyć:

- 1) oświadczenie wnioskodawcy o wysokości miesięcznego dochodu brutto przypadającego na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie z wnioskodawcą,
 - 1) zaświadczenie o stanie zdrowia lub o kontynuowaniu leczenia od lekarza specjalisty lub/i lekarza rodzinnego, wystawione nie wcześniej niż na 3 miesiące przed złożeniem wniosku o pomoc zdrowotną.
 - 2) kopie rachunków imiennych dotyczących ponoszonych kosztów z tytułu leczenia,
 - 3) w szczególnie uzasadnionych przypadkach, oświadczenie własne nauczyciela dotyczące wysokości ponoszonych kosztów, np.: stosowania specjalnej diety,
 - 4) w przypadku dofinansowania zakupu leków wykaz leków zaleconych i potwierdzonych przez lekarza prowadzącego/specjalistę, w przypadku dofinansowania zakupu sprzętu rehabilitacyjnego potwierdzenie lekarza prowadzącego/specjalisty o konieczności zaopatrzenia w ww. sprzęt.
 - 5) w przypadku leczenia w sanatoriach- kopia skierowania od lekarza kierującego do sanatorium.
 - 6) w przypadku dofinansowania zakupu okularów lub soczewek kontaktowych - oświadczenie wnioskodawcy o braku dofinansowania w okresie dwóch lat przed złożeniem wniosku.
3. Z wnioskiem może wystąpić inna osoba upoważniona na piśmie przez nauczyciela w przypadku, gdy leczący się nauczyciel nie jest zdolny osobiście do podejmowania czynności w powyższym zakresie.
4. W szczególnie uzasadnionych przypadkach z wnioskiem o udzielenie zapomogi zdrowotnej może wystąpić dyrektor szkoły, przedszkola lub upoważniony przedstawiciel organizacji związkowej, w której jest lub był zatrudniony nauczyciel potrzebujący pomocy i za jego zgodą, potwierdzoną podpisem obok wnioskodawcy, na druku wniosku.
5. O przyznanie świadczeń, o których mowa w § 3, wnioskodawca może ubiegać się jeden raz w roku budżetowym, o ile § 3 w konkretnym przypadku nie stanowi inaczej.

§ 6. Świadczenia pomocy zdrowotnej dla nauczycieli w formie zapomogi zdrowotnej przyznawane są przez Wójta Gminy Rokietnica po zaopiniowaniu wniosku o przyznanie pomocy przez Komisję powołaną przez Wójta Gminy Rokietnica, zwaną dalej „Komisją”.

§ 7. 1. Podział środków, o których mowa w § 1, odbywa się dwa razy w ciągu roku budżetowego, w miesiącu:

- 1) **czerwcu:** wnioski należy składać od **1 do 20 czerwca**,
 - 2) **listopadzie:** wnioski należy składać od **1 do 20 listopada**.
2. Dofinansowaniu podlegają wyłącznie wydatki poniesione w roku budżetowym, w którym składany jest wniosek.
3. Wnioski złożone przed terminami wynikającymi z ust. 1, będą rozpatrywane tak, jakby zostały złożone w tym terminie z tym, że wnioski złożone po 20 czerwca – będą rozpatrywane po 20 listopada danego roku.
4. Środki niewykorzystane w danym roku budżetowym, nie przechodzą na rok następny.

5. Wysokość dofinansowania jednorazowo przyznana wnioskodawcy, nie może przekroczyć minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na dany rok Rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę.

6. W przypadku udokumentowanych, poniesionych przez nauczyciela wydatków, o których mowa w § 3, przekraczających łącznie kwotę wskazaną w ustępie 5, decyzję, które z wykazanych we wniosku wydatków zostaną zakwalifikowane do udzielenia pomocy w ramach zapomogi zdrowotnej, podejmuje Wójt Gminy Rokietnica po zasięgnięciu opinii Komisji.

7. Sam fakt złożenia wniosku, nie rodzi prawa do przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczyciela.

8. Wniosek niekompletny, nieczytelny, zawierający błędy formalne nie podlega rozpatrzeniu.

§ 8. Traci moc uchwała Nr LIII/487/2014 Rady Gminy Rokietnica z dnia 29 września 2014 roku, w sprawie: określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania.

§ 9. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Rokietnica.

§ 10. Uchwała wchodzi w życie w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowy Województwa Wielkopolskiego i znajduje zastosowanie do wniosków złożonych po 1 stycznia 2025r.

**Uzasadnienie
do uchwały Nr.../.../2024
Rady Gminy Rokietnica
z dnia 2024 roku**

w sprawie: określenia rodzaju świadczeń przyznawanych w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli korzystających z opieki zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania

Z uwagi na konieczność doprecyzowania niektórych zapisów, dotyczących dofinansowania lub zwrotu kosztów ponoszonych przez nauczycieli ubiegających się o pomoc zdrowotną z tytułu leczenia w wyniku przewlekłej, długotrwałej, ciężkiej lub uciążliwej choroby, leczenia w sanatoriach, zakupu środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego, stosowania specjalnej diety, a także w zakresie zmiany kwot obowiązującej niezmiennie od 10 lat, dotyczących dofinansowania zakupu okularów albo soczewek kontaktowych w przypadku nauczycieli wych. fizycznego, oraz maksymalnej kwoty jednorazowo przyznanego dofinansowania pomocy zdrowotnej, podjęcie niniejszej uchwały jest zasadne.

Załącznik
do uchwały Nr.../.../2024
Rady Gminy Rokietnica
z dnia 2024 roku

wzór

.....
(miejsowość)

.....
(data)

Wójt Gminy Rokietnica

WNIOSEK

**o przyznanie świadczeń z tytułu pomocy zdrowotnej
dla nauczycieli w formie zapomogi zdrowotnej**

- 1. Imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy nauczyciela, którego dotyczy wniosek:**

.....

- 2. Adres do korespondencji** (proszę podać, jeżeli jest inny niż podany w punkcie 1):

.....

- 3. Imię i nazwisko wnioskodawcy, adres zamieszkania oraz telefon kontaktowy/
reprezentującej instytucji** (proszę podać, jeżeli wnioskodawcą jest podmiot inny,
niż określony w pkt 1):

.....

- 4. Stanowisko służbowe** (nauczyciel czynny, emeryt-
rencista).....

Wnioskuje o przyznanie pomocy zdrowotnej z tytułu:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1) Ciężkiej, nieuleczalnej choroby | <input type="checkbox"/> |
| 2) Przewlekłej uciążliwej w leczeniu choroby | <input type="checkbox"/> |
| 3) Utraty kończyny/kończyn (bez względu na przyczynę) | <input type="checkbox"/> |
| 4) Utraty wzroku | <input type="checkbox"/> |
| 5) Wady wzroku utrudniającej wykonywanie zawodu nauczyciela | <input type="checkbox"/> |
| 6) Wady wzroku (nauczyciel na emeryturze, na rencie,
na świadczeniu kompensacyjnym) | <input type="checkbox"/> |
| 7) Korzystania z pomocy osób trzecich | <input type="checkbox"/> |

- 8) Zakupu soczewek aktowych
- 9) Zakupu okularów korekcyjnych
- 10) Zakupu sprzętu rehabilitacyjnego
proszę podać nazwę sprzętu:
- 11) Stosowania specjalnej diety, zalecanej przez lekarza,
proszę podać jakiej:

str. 1

Proszę zaznaczyć znakiem „X” w polu, które dotyczy danego nauczyciela.

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wnioskowana kwota łącznie:

Do wniosku załączam:

- 2) Kopie albo oryginały rachunków za zakup leków mających związek z ciężką, lub przewlekłą, uciążliwą w leczeniu chorobą, stosowaniem specjalnej diety, zakupu okularów albo soczewek kontaktowych.
- 3) Wykaz leków zaleconych i potwierdzonych przez lekarza prowadzącego/specjalistę.
- 4) Aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia lub kontynuowaniu leczenia od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty, wystawione nie wcześniej niż na 3 miesiące przed złożeniem wniosku o pomoc zdrowotną.
- 5) Imienne faktury lub rachunki zaświadczenia zdrowotne, wystawione w danym roku budżetowym lub kopie rachunków-sztuk.
- 6) Oświadczenie o wysokości miesięcznych dochodów przypadających na jednego członka rodziny nauczyciela w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku, wg załączonego do wniosku wzoru.

.....

(Podpis osoby składającej wniosek)

str. 2

WYPEŁNIA NAUCZYCIEL, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

W przypadku przyznania mi świadczenia z tytułu pomocy zdrowotnej, proszę o przelanie środków finansowych na wskazane poniżej konto bankowe:

Imię i nazwisko nauczyciela:

Nazwa banku:

Nr rachunku:

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy jeśli wnioskodawcą jest osoba
lub podmiot inny niż nauczyciel, którego dotyczy wniosek)

.....
Jw.
.....
(adres zamieszkania/ telefon kontaktowy)

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis)

Załącznik do wniosku

WZÓR

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCYO WYSOKOŚCI MIESIĘCZNYCH DOCHODÓW
PRZYPADAJĄCYCH NA JEDNEGO CZŁONKA RODZINY W MIESIĄCU POPRZEDZAJĄCYM
MIESIĄC ZŁOŻENIA WNIOSKU**

Świadomy/a odpowiedzialności za podawanie nieprawdziwych danych służących
uzyskaniu świadczenia finansowego w ramach pomocy zdrowotnej oświadczam, że

w miesiącu roku

dochody brutto mojej rodziny wyniosły ogółem

(słownie:)

i stanowiły źródło utrzymania osób.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

