

**UCHWAŁA NR XXI/205/13
RADY POWIATU KOŚCIAŃSKIEGO**

z dnia 27 lutego 2013 r.

w sprawie określenia rodzaju świadczeń przyznawanych nauczycielom w ramach pomocy zdrowotnej oraz warunków i sposobu ich przyznawania

Na podstawie art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (tj. z 2001 roku Nr 142, poz. 1592 ze zmianami) oraz art. 72 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku Karta Nauczyciela (t.j. z 2006 roku Nr 97, poz. 674 ze zmianami), Rada Powiatu Kościańskiego uchwala, co następuje:

§ 1. Określa się zasady przyznawania świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówki oświatowej, dla których organem prowadzącym jest Powiat Kościański, korzystających z opieki zdrowotnej.

§ 2. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli określana jest corocznie w budżecie Powiatu Kościańskiego.

§ 3. Osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń, o których mowa w § 1. są nauczyciele zatrudnieni w szkołach i placówce oświatowej co najmniej w połowie obowiązującego wymiaru zajęć, a także nauczyciele, którzy przeszli na emeryturę, rentę lub świadczenie kompensacyjne ze szkół lub placówki, dla których Powiat Kościański jest organem prowadzącym.

§ 4. 1. Świadczenia w ramach pomocy zdrowotnej przeznaczone są na całkowitą lub częściową:

- 1) refundację kosztów zakupu leków i wyrobów medycznych, w tym przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych,
- 2) refundację kosztów specjalistycznego leczenia,
- 3) refundację kosztów opieki nad chorym w domu.

2. Świadczenia przyznawane są nauczycielom korzystającym z opieki zdrowotnej w związku z:

- 1) przewlekłą lub ciężką chorobą,
- 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym,
- 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym,
- 4) długotrwałą rehabilitacją.

3. Pomoc zdrowotna przyznawana jest w formie jednorazowego świadczenia finansowego.

4. Nauczyciel może ubiegać się o pomoc zdrowotną tylko jeden raz w roku.

§ 5. 1. Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

2. Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej może być złożony przez:

- 1) uprawnionego do korzystania z pomocy nauczyciela,
- 2) opiekuna prawnego nauczyciela lub przedstawiciela ustawowego,
- 3) osobę pisemnie upoważnioną przez nauczyciela.

3. Do wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej należy dołączyć:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie lub inną dokumentację medyczną potwierdzającą leczenie nauczyciela,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia w postaci faktur lub rachunków wystawionych na nauczyciela,
- 3) oświadczenie o przeciętnym miesięcznym dochodzie netto na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł, osiągniętym w trzech ostatnich miesiącach bezpośrednio poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, według załącznika nr 2 do uchwały.

§ 6. 1. Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej wraz dokumentami, o których mowa w § 5 ust. 3 składa się do Zarządu Powiatu Kościańskiego.

2. Pomoc zdrowotna będzie przyznawana przez Zarząd Powiatu Kościańskiego dwa razy w roku - w czerwcu i w grudniu.

3. Wnioski o przyznanie pomocy zdrowotnej na pierwsze półrocze należy składać do 30 maja, a na drugie półrocze do 30 listopada każdego roku.

4. Wysokość przyznanego świadczenia uzależniona jest od:

- a) przebiegu choroby oraz okoliczności z tym związanych, biorąc pod uwagę sytuację materialną nauczyciela,
- b) wysokości udokumentowanych poniesionych przez nauczyciela kosztów leczenia,
- c) wysokości środków zapisanych w budżecie Powiatu Kościańskiego na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.

5. O wysokości przyznanego świadczenia lub odmowie jego przyznania powiadamia się nauczyciela pisemnie.

6. Świadczenie jest wypłacane na konto bankowe wskazane przez nauczyciela.

§ 7. Traci moc uchwała nr XI/107/07 Rady Powiatu Kościańskiego z dnia 30 października 2007 roku w sprawie świadczeń przyznawanych nauczycielom ze środków wyodrębnionych na pomoc zdrowotną oraz warunków i sposobu przyznawania tych świadczeń oraz uchwała nr XXV/251/09 Rady Powiatu Kościańskiego z dnia 16 marca 2009 roku w sprawie zamiany uchwały nr XI/107/07 Rady Powiatu Kościańskiego z dnia 30 października 2007 roku w sprawie świadczeń przyznawanych nauczycielom ze środków wyodrębnionych na pomoc zdrowotną oraz warunków i sposobu przyznawania tych świadczeń.

§ 8. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Kościańskiego.

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

Przewodnicząca Rady



Iwona Bereszyńska

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr XXI/205/13
Rady Powiatu Kościańskiego
z dnia 27 lutego 2013 r.

Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej

Wnioskodawca

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania, nr telefonu

Nazwa szkoły, w której wnioskodawca
jest lub był zatrudniony

Status wnioskodawcy
(nauczyciel, emeryt, rencista)

Nr rachunku bankowego wnioskodawcy.....

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie pomocy zdrowotnej.

Uzasadnienie wniosku

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

Do wniosku załączam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Oświadczam, że przedstawione przez mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów przyznania pomocy zdrowotnej dla nauczycieli zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zmianami).

.....
(miejsowość, data) (podpis)

Pomoc zdrowotna została przyznana w wysokości :
(słownie złotych:)

.....
(data) (podpis)

Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr XXI/205/13
Rady Powiatu Kościańskiego
z dnia 27 lutego 2013 r.

Oświadczenie o dochodach

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania, nr telefonu

.....

Nazwa szkoły, w której wnioskodawca
jest lub był zatrudniony

Status wnioskodawcy
(nauczyciel, emeryt, rencista)

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto na jednego członka rodziny ze wszystkich źródeł, osiągnięty w trzech ostatnich miesiącach bezpośrednio poprzedzających miesiąc złożenia wniosku wynosi

..... złotych (słownie:).

Niniejsze oświadczenie składam w celu przyznania mi pomocy zdrowotnej.

.....

(miejscowość, data) (podpis)