

Uchwała Nr XIX/134/08
Rady Powiatu Stalowowolskiego
z dnia 26 lutego 2008 r.

w sprawie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek prowadzonych przez Powiat Stalowowolski.

Na podstawie art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. 2001, nr 142, (poz. 1592 z późn. zm.) i art. 72 ust. 1 i ust. 4 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674 z późn. zm.) - Rada Powiatu Stalowowolskiego uchwala, co następuje:

§ 1.

1. Określa się dla nauczycieli szkół i placówek prowadzonych przez Powiat Stalowowolski rodzaje świadczeń w ramach pomocy zdrowotnej, warunki i sposób ich przyznawania.
2. Ilekroć w uchwale jest mowa o:
 - 1) szkole/placówce - rozumie się przez to jednostki określone w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. 2006, Nr 97, poz. 674 z późn. zm.), dla których organem prowadzącym jest Powiat Stalowowolski;
 - 2) nauczycielu/wychowawcy - rozumie się przez to nauczycieli/wychowawców i innych pracowników pedagogicznych, zatrudnionych w jednostkach określonych w ppkt. 1 w wymiarze co najmniej połowy obowiązującego wymiaru zajęć oraz nauczycieli będących emerytami i rencistami.

§ 2.

1. Wyodrębnia się w planach wydatków szkół i placówek prowadzonych przez Powiat Stalowowolski środki finansowe z przeznaczeniem na pomoc zdrowotną dla nauczycieli.
2. Środkami, o których mowa w ust. 1 dysponuje dyrektor szkoły/placówki.
3. Wnioski o pomoc zdrowotną rozpatruje się 2 razy w danym roku.
4. Wniosek o przyznanie pomocy zdrowotnej składa się u dyrektora szkoły/placówki w terminie do 30 kwietnia i 31 października danego roku, na formularzu stanowiącym załącznik do uchwały.
5. W przypadku gdy wnioskodawcą jest dyrektor szkoły/placówki, wniosek należy złożyć do Starosty.
6. Decyzję o pomocy zdrowotnej dla nauczyciela podejmuje dyrektor szkoły/placówki, a dla dyrektora Starosta.

§ 3.

1. Pomoc zdrowotną przyznaje się nauczycielom, w związku z:
 - 1) przewlekłą chorobą nauczyciela lub gdy przebieg choroby jest bardzo ciężki,
 - 2) długotrwałym leczeniem szpitalnym,
 - 3) długotrwałym leczeniem specjalistycznym.

§ 4.

1. Do wniosku o przyznanie pomocy zdrowotnej dla nauczycieli powinno być dołączone aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela i oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny.
2. Do wniosku mogą być dołączone inne dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (kopie faktur, rachunków potwierdzone za zgodność z oryginałem).

§ 5.

1. Przy rozpatrywaniu wniosków nauczycieli o udzielenie pomocy zdrowotnej należy brać pod uwagę:
 - 1) stan zdrowia nauczyciela i wydatki poniesione przez niego na leczenie,
 - 2) okoliczności wpływające na sytuację materialną (choroba przewlekła, jej długotrwałość, konieczność dalszego leczenia w domu, stosowania specjalistycznej diety, zapewnienia dodatkowej opieki dla chorego itp.),
 - 3) wysokość środków zaplanowanych w budżecie szkoły/placówki.

§ 6.

1. Pomoc zdrowotna dla nauczycieli udzielana jest w formie zasiłku pieniężnego.
2. Wysokość jednorazowego zasiłku nie może przekraczać 50 % kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę ogłaszanego corocznie w drodze obwieszczenia Prezesa Rady Ministrów w *Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”*.
3. Świadczenia zdrowotne będą przyznawane w zależności od posiadanych środków.

§ 7.

1. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Stalowowolskiego.
2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia i podlega ogłoszeniu na tablicy ogłoszeń w szkołach/placówkach prowadzonych przez Powiat Stalowowolski.

PRZEWODNICZĄCY RADY


Ryszard Andres

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY ZDROWOTNEJ

.....
Wnioskodawca - imię i nazwisko nauczyciela

.....
Adres zamieszkania i nr telefonu

.....
Szkoła/Placówka, w której nauczyciel jest
lub był zatrudniony

Uzasadnienie:

.....
Przyznaną pomoc zdrowotną proszę przekazać na konto

W załączeniu:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o chorobie nauczyciela,
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty leczenia (kopie faktur, rachunki potwierdzone za zgodność z oryginałem),
- 3) oświadczenie o dochodach przypadających na jednego członka rodziny.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Decyzja Starosty/Dyrektora szkoły/placówki:

Przyznaję pomoc zdrowotną w wysokości:
(kwota)

(słownie:)

.....
(data i podpis)

Załącznik do wniosku

OŚWIADCZENIE o dochodach

Dochody członków rodziny:

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Miejsce pracy-nauki	Wysokość dochodu brutto w zł*
	Łączny dochód rodziny (suma miesięcznych dochodów osób w rodzinie)				
	Średni dochód na 1 osobę w rodzinie (dochód rodziny podzielony przez liczbę osób w rodzinie)				

* Dochód powinien być wykazany ze wszystkich źródeł i powinien dotyczyć miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i że jestem świadomy (a) odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)