



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Wrocław, dnia 5 kwietnia 2018 r.

Poz. 1733

UCHWAŁA NR XLIV/480/18 RADY MIEJSKIEJ LEGNICY

z dnia 26 marca 2018 r.

w sprawie rodzaju, warunków i sposobu przyznawania świadczeń pomocy zdrowotnej dla nauczycieli szkół i placówek prowadzonych przez Miasto Legnica

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2017 r., poz. 1875 i 2232), art. 72 ust. 1 i art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 roku - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2017 r., poz. 1189 i 2203), art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1868) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Pomoc zdrowotna, o której mowa w art. 72 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2017 r. poz. 1189 ze zm.) przyznawana jest w formie świadczenia pieniężnego.

2. Świadczenie pieniężne ma charakter bezwrotny.

3. Pomoc zdrowotna przyznawana jest z przeznaczeniem na dofinansowanie w całości lub części:

- 1) leczenia w miejscu zamieszkania lub poza nim z powodu długotrwałej lub ciężkiej choroby;
- 2) poniesionych kosztów w związku z prowadzoną terapią - leczenia specjalistycznego, w tym badań diagnostycznych, konsultacji, hospitalizacji i leczenia sanatoryjnego, zabiegów rehabilitacyjnych, zakupu środków farmaceutycznych, zakupu sprzętu specjalistycznego i rehabilitacyjnego, zaangażowania wykwalifikowanej opieki medycznej i transportu medycznego.

§ 2. 1. Pomoc zdrowotna jest przyznawana na pisemny wniosek osoby uprawnionej. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1 należy załączyć:

- 1) zaświadczenie lekarskie potwierdzające długotrwałą lub ciężką chorobę oraz oryginały faktur potwierdzające poniesione koszty leczenia w odniesieniu do osób ubiegających się o przyznanie świadczenia pieniężnego na podstawie § 1 ust. 3 pkt 1;
- 2) oryginały faktur potwierdzające wydatki w odniesieniu do osób ubiegających się o przyznanie świadczenia pieniężnego na podstawie § 1 ust. 3 pkt 2 do wglądu;
3. Wnioski o przyznanie świadczenia pieniężnego wraz z załącznikami należy składać w terminie do 30 maja i do 30 października danego roku kalendarzowego w Urzędzie Miasta Legnicy.

§ 3. O przyznaniu i wysokości świadczenia pieniężnego lub odmowie jego przyznania decyduje Prezydent Miasta Legnicy, w terminie 30 dni od dnia upływu terminu składania wniosków informując o tym na piśmie wnioskodawcę.

§ 4. Wysokość przyznawanego uprawnionej osobie świadczenia pieniężnego uzależniona jest od:

- 1) wysokości środków zaplanowanych na ten cel w budżecie Gminy Legnica;
- 2) liczby złożonych w roku budżetowym wniosków;
- 3) sytuacji materialnej wnioskodawcy.

§ 5. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Legnica.

§ 6. Traci moc uchwała Rady Miejskiej Legnicy z dnia 29 października 2007 r. w sprawie rodzajów oraz warunków i sposobu przyznawania świadczeń pomocy zdrowotnej dla nauczycieli (Dz. Urz. Woj. Dolno. Nr 271 poz. 3236)

§ 7. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia jej ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Dolnośląskiego.

Przewodniczący Rady:
W. Szetelnicki

Załącznik nr 1 do uchwały Nr XLIV/480/18
Rady Miejskiej Legnicy z dnia 26 marca 2018 r.

**WNIOSEK O PRYZNANIE ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO
NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI**

1. Dane nauczyciela, którego dotyczy wniosek

- 1) imię i nazwisko.....
2) adres zamieszkania (kod, miejscowość, ulica).....
.....
.....
3) numer telefonu.....
4) adres e-mail.....
5) dane dotyczące zatrudnienia nauczyciela
a) nazwa i adres szkoły, w której nauczyciel jest lub był zatrudniony.....
.....
.....
b) wymiar etatu / wypełnia nauczyciel czynny zawodowo/.....
c) status nauczyciela, na dzień złożenia wniosku (niepotrzebne skreślić):
czynny zawodowo, renta/emerytura, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne
- 2. Poświadczenie szkoły/placówki:**
Poświadcza się, że dane zawarte w ust. 1 pkt 5 są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
/miejscowość, data/

.....
/podpis osoby upoważnionej/

.....
/pieczętka szkoły/placówki w której
nauczyciel jest zatrudniony lub
w której jest emerytem, rencistą,
nauczycielem pobierającym
świadczenie kompensacyjne/

3. Proszę o przyznanie mi świadczenia pieniężnego na pomoc zdrowotną z powodu:

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

4. Oświadczam, że średni miesięczny dochód brutto wyliczony za okres trzech miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku, w moim gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę wyniósł.....zł

słownie.....

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

a) imię i nazwisko.....

b) numer rachunku.....

6. Do wniosku załączam następujące dokumenty: (proszę wymienić)

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

.....
/miejscowość, data/

.....
/ podpis wnioskodawcy/