



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

---

Opole, dnia 31 października 2014 r.

Poz. 2372

### UCHWAŁA NR LIII/416/2014 RADY MIEJSKIEJ W ZDZIESZOWICACH

z dnia 23 października 2014 r.

#### **w sprawie określenia rodzaju, warunków i sposobu przyznawania świadczeń realizowanych w ramach funduszu zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnianych w szkołach i przedszkolach prowadzonych przez gminę Zdzeszowice**

Na podstawie art. 72 ust. 1 w związku z art. 91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (j.t. Dz. U. z 2014 r. poz. 191), Rada Miejska w Zdzeszowicach uchwała, co następuje:

#### **Postanowienia ogólne**

§ 1. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnianych w szkołach i przedszkolach prowadzonych przez gminę Zdzeszowice zwanych dalej nauczycielami w danym roku kalendarzowym określone są w uchwale budżetowej Rady Miejskiej w Zdzeszowicach.

§ 2. Środki finansowe przeznaczone na pomoc zdrowotną dla nauczycieli niewykorzystane w danym roku nie przechodzą na rok następny.

§ 3. Środkami finansowymi wymienionymi w § 1 dysponuje Burmistrz Zdzeszowic.

#### **Rodzaje świadczeń**

§ 4. Pomoc udzielona jest w formie zapomogi pieniężnej zwanej dalej zapomogą i przysługuje tylko raz w roku kalendarzowym.

§ 5. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, w ramach posiadanych środków, nauczyciel może otrzymać zapomogę więcej niż raz w roku.

§ 6.1. Wysokość przyznanej zapomogi uzależniona jest od rodzaju i przebiegu choroby, a w szczególności od poniesionych kosztów leczenia oraz od wysokości dochodów, przypadających na jednego członka rodziny nauczyciela.

2. Kwota przyznanej jednorazowo zapomogi nie może być wyższa niż 1 000 zł.

#### **Warunki i sposób przyznawania świadczenia**

§ 7. 1 Warunkiem przyznania świadczenia z funduszu zdrowotnego jest złożenie wniosku o zapomogę (załącznik nr 1) wraz z dokumentacją wymienioną w ust. 2.

2. Do wniosku należy dołączyć dokumenty uzasadniające konieczność przyznania zapomogi, w szczególności poświadczające stan zdrowia i poniesione koszty leczenia:

- 1) Aktualne zaświadczenia lekarskie;
- 2) Dokumenty imiennie potwierdzające poniesione koszty leczenia (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem);

3) Oświadczenie o dochodach netto na członka rodziny z ostatnich trzech miesięcy poprzedzających ubieganie się o zapomogę.

3. Wnioski składa się do dyrektora placówki macierzystej, który dokonuje weryfikacji złożonej dokumentacji pod względem formalnym i przekazuje Burmistrzowi do 15 dnia miesiąca kończącego kwartał.

§ 8.1. Burmistrz rozpatruje złożone wnioski co najmniej raz na kwartał i przyznaje zapomogę oraz określa jej wysokość.

2. Odmowa przyznania zapomogi zdrowotnej następuje w formie pisemnej i musi zawierać uzasadnienie.

3. Wnioski bez wymaganej dokumentacji nie będą rozpatrywane.

4. W sytuacjach wyjątkowych na wniosek nauczyciela z uwagi na jego ważny interes świadczenie może być przyznane poza terminem określonym w § 8 ust. 1.

#### **Postanowienia końcowe**

§ 9. Traci moc uchwała nr VIII/58/07 Rady Miejskiej w Zdieszowicach z dnia 22 maja 2007 r. w sprawie określenia rodzaju i sposobu przyznawania świadczeń realizowanych w ramach funduszu zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach prowadzonych przez gminę Zdieszowice (Dz. Urz. Woj. Op. z 2007 r. Nr 47, poz. 1584).

§ 10. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Zdieszowic.

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

Przewodnicząca  
Rady Miejskiej

*Monika Wąsik - Kudła*

Załącznik do Uchwały Nr LIII/416/2014  
Rady Miejskiej w Zdzeszowicach  
z dnia 23 października 2014 r.

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

**Wnioskodawca:** .....

Adres zamieszkania i nr telefonu: .....

Nazwa i adres szkoły, w której wnioskodawca jest/był zatrudniony .....

.....

**Uzasadnienie:**

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

**W załączeniu do wniosku przedkładam:** (aktualne zaświadczenie lekarskie, faktury, rachunki, pobyt w szpitalu itd.):

- 1.....
- 2.....
- 3 .....
- 4 .....
- 5 .....
- 6 .....

**Oświadczenie**

Oświadczam, że średnia wysokość moich dochodów (netto) na osobę w rodzinie ze wszystkich źródeł z 3 miesięcy poprzedzających ubieganie się o pomoc zdrowotną wynosi:

.....słownie : .....

**Formy płatności**

**1. Nr konta bankowego osoby uprawnionej :**

.....

**2. Kasa Urzędu Miejskiego**

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

**Adnotacje o sposobie załatwienia sprawy**

**W przypadku negatywnej decyzji należy uzasadnić:**

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

.....  
(data i podpis Burmistrza)