

**UCHWAŁA NR V/9/14**  
**RADY GMINY STRZELECZKI**

z dnia 30 grudnia 2014 r.

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

Na podstawie art.72 ust 1 w związku z art.91d pkt 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982r Karta Nauczyciela (tekst jednolity: Dz. U. z 2014r poz.191) oraz art. 18 ust.2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2013r., poz.594 ze zm.), Rada Gminy w Strzeleczkach uchwała, co następuje:

**§ 1.** Wysokość środków finansowych przeznaczonych na pomoc zdrowotną dla nauczycieli zatrudnianych w szkołach i przedszkolach prowadzonych przez gminę Strzeleccki zwanych dalej nauczycielami w danym roku kalendarzowym określana jest w uchwale budżetowej Rady Gminy w Strzeleczkach.

**§ 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 Wójt Gminy Strzeleccki.

**§ 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.** 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.

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

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

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie;
- 2) dokumenty imienne 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 Wójtowi Gminy do 15 dnia miesiąca kończącego kwartał.

**§ 8.1** Wójt 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.

**§ 9.** Obsługę finansową udzielonych zapomóg prowadzić będzie Gminny Zespół Ekonomiczno-Administracyjny Szkół w Strzeleczkach.

**§ 10.** Traci moc Uchwała Nr XI/60/07 Rady Gminy Strzeleccki z dnia 6 września 2007r. w sprawie określenia rodzaju i sposobu przyznawania świadczeń z funduszu zdrowotnego dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach i przedszkolach prowadzonych przez gminę Strzeleccki.

§ 11. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Strzeleczki.

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

Przewodniczący Rady Gminy

**Brygida Wienczek**

Załącznik do Uchwały Nr V/9/14  
Rady Gminy Strzeleczy  
z dnia 30 grudnia 2014 r.

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZASIŁKU PIENIĘŻNEGO  
NA POMOC ZDROWOTNĄ DLA NAUCZYCIELI  
Oświadczenie**

**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 itp.):

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

**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:.....

**Forma płatności**

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

.....

2. **Kasa Urzędu Gminy**

.....

(data i podpis wnioskodawcy)

**Adnotacja dyrektora szkoły:**

.....

.....

.....

(data i podpis dyrektora)

**Adnotacja o sposobie załatwienia sprawy**

**W przypadku negatywnej decyzji należy uzasadnić:**

.....

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

(data i podpis wójta)